ROK VI WARSZAWA 1932 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Hydrologja nowoczesna
Royat les Bains

podał
DR. ROMEUF,
lekarz szpitalny w Clermont-Ferrand, lekarz-konsultant w Royat.

Wody mineralne są używane w lecznictwie już od wielu tysięcy lat. Niemniej dawne jest przeprowadzanie leczenia w gorących źródłach, na samem miejscu ich wytrysku.

Jeżeli szukać będziemy uzasadnienia tych spraw w pracach lub zapiskach, poświęconych historji medycyny, będziemy zmuszeni przyznać, że podane w nich, często dziwaczne wyjaśnienia sprawią nam niemały zawód. Wszystkie niemal swym brakiem jasności odpowiadają nieokreślonym danym, zawartym w ówczesnej medycynie.

Hipokrates i *Galen* żyli w tamtych czasach, ale, oczywiście, *Pasteura* jeszcze wtedy nie było!

Czy pragniemy przez to powiedzieć, że dopiero *Pasteur*, wielki *Pasteur* skierował te badania na właściwe tory?

Nie jesteśmy bynajmniej tego zdania, gdyż sądzimy, że *Pasteur* wpłynął raczej na ich opóźnienie (co jest dość zrozumiałe), dzięki temu, że skierował wyłączną prawie uwagę ludzkości na drobnoustroje, ich morfologję, rozwój, cechy oraz wpływ ich na ustrój ludzki, który, niestety, bywa tak często siedliskiem tych nieskończenie małych istot.

Nie ulega jednak wątpliwości, że *Pasteur* przyczynił się do pogłębienia i sprecyzowania wielu pojęć w medycynie, czego jej dotąd brakło i bez czego nigdy już obejść się nie będzie mogła.

Rzeczywistym ojcem hydrologji w ten sposób ujętej jest niewątpliwie nasz stary i nieodżałowany mistrz *G. Billard*, były dyrektor Szkoły Lekarskiej w Clermont-Ferrand.

On to w rzeczy samej, mniej więcej przed dwudziestu laty, zapoczątkował erę studjów hydromineralnych, badając zmia-

ny, którym u wód w Royat, Bourboule i Mont-Dore ulegały objawy uczulenia w toku rozwoju; dzięki tym badaniom, lecznictwo cieplicze w ostatnich latach — tych właśnie, które poprzedziły zgon *G. Billarda* — mogło uczynić wielkich krok naprzód wskutek odkrycia zjawiska obrony (filaksji [1]), i to obrony wybiórczej wobec tego lub owego jadu, zapomocą takiej lub innej wody mineralnej naszego basenu w Owernji.

Dla pamięci jedynie, gdyż każde z doświadczeń *G. Billarda*, przedstawionych przez jego uczniów lub przyjaciół Międzynarodowemu Towarzystwu Hydrologicznemu, obiegło cały naukowy świat lekarski, podajemy tu w streszczeniu:

1) że morświnka, która pomiędzy zastrzykiem uczulającym a zastrzykiem wywoławczym obcego białka otrzymuje codzienną dawkę odpowiedniej wody mineralnej (naprz. ze źródła St. Mart w Royat), nietylko nie pada, jak morświnka kontrolna, lecz nawet nie wykazuje żadnych dostrzegalnych objawów chorobowych;

2) że morświnka, nie poddawana jeszcze doświadczeniom, a otrzymująca określoną dawkę odpowiedniej wody mineralnej, staje się niewrażliwa i odporna nawet na kilka śmiertelnych dawek zastrzykniętego następnie jadu.

W taki to sposób:

a) 5 cent. sz. wody z Bourboule (źródło Choussy) uodpornia morświnkę przeciwko dawce jadu tężcowego, uśmiercającej morświnkę kontrolną w ciągu 92 godzin; uodpornienie to jest tem jaskrawsze, że zastrzyk toksyny dokonywany bywa o wiele później, naprz. na dwunasty dzień, zamiast nazajutrz po pierwszym zastrzyku;

b) w tych samych warunkach:

jad żmiji zostaje unieczynniony zapomocą wód z Chatel Guyon (źródła Gubler, Germaine, Deval);

jad błoniczy — przez wody z Saint-Nectaire (źródła Rocher i St.-Césaire),

jad tężcowy — nietylko przez wodę ze źródła Choussy, jak podaliśmy wyżej, lecz również, w słabszym nieco stopniu, zapomocą wód ze źródła Eugénie w Royat, oraz ze źródła Gubler w Chatel Guyon.

Drugim badaczem, który — o ile nam wiadomo — przyczynił się do niesłychanie w dziejach hydrologji ważnego postępu, jest również jeden z naszych mistrzów, także niedawno zmarły; był to *E. Feuillée*, lekarz szpitali paryskich, kierownik pracowni profesora *Acharda*.

Niezadługo przed śmiercią, badacz ten ogłosił w „Siècle Médical" wybitną pracę, w której zebrał doświadczenia lat trzydziestu, pracy wyczerpującej, a zawierającej zdanie, jakie pragniemy polecić uwadze naszych czytelników, a mianowicie, że *„wody mineralne zajmują miejsce czołowe w leczeniu ogólnem schorzeń przewlekłych"*.

Ocena całokształtu tej pracy, wobec zamierzonego przez nas celu, zabrałaby nam zbyt wiele czasu; jednak nie możemy pominąć milczeniem działu, dotyczącego okresu zmniejszonej wrażliwości, zbiegającego się zawsze z rozpoczęciem leczenia w termach.

W określeniu tem *(hypofilaksja)* czytelnik dopatrzy się prawdopodobnie zmniejszenia wrażliwości takiej, o jakiej myślał *G. Billard* i jaką my sami ustaliliśmy powyżej.

Zaznaczamy zgóry, że bynajmniej tak nie jest. Hypofilaksja w pojęciu *E. Feuillée* oznacza osłabienie przyrodzonej odporności ustroju wskutek naruszenia normalnie istniejącej równowagi humoralnej i leukocytowej; jako wyraz takiego zakłócenia występuje — między innemi — również swoisty wzór leukocytowy, którego charakterystyczne cechy są następujące:

1) zwiększenie odsetka wielkich komórek jednojądrzastych z zawartością ziarnistości lazurochłonnej lub bez niej,

2) zmniejszenie się liczby limfocytów w stosunku do wielkich i średnich komórek jednojądrzastych,

3) stosunkowy wzrost liczby komórek wielojądrzastych, posiadających dwa jądra lub też jedno tylko (jądro w kształcie wstążeczki, podkowy) i t. d.,

4) często zwiększenie się liczby komórek eozynochłonnych oraz tucznych, których i-

---

[1]) Filaksja jest to obrona ustroju zwierzęcego przed niektóremi jadami (szczególnie jadami nerwowemi), bądź zapomocą wstrzyknięcia tychże, dokonanego po uprzedniem zmieszaniu in vitro z innemi substancjami toksycznemi lub bez nich, bądź też że się je wprowadza zosobna do ustroju, w kilka minut lub kilka tygodni, niekiedy nawet dłużej, po wprowadzeniu samych substancji toksycznych, lecz w każdym razie — bez posługiwania się mechanizmem zobojętniającym antagonizm, bez użycia odczynu uodporniającego w biologicznem znaczeniu tego wyrazu.

lość — zarówno jednych, jak i drugich — bywa niekiedy znaczna,

5) obecność większej ilości postaci przejściowych komórek Türcka.

Obok zjawisk powyższych spostrzegać się niekiedy dają „objawy chorobowe stwierdzalne klinicznie“, jakoto: tworzenie się ropni okołozębowych, czyraczność, reaktywacja ognisk zakaźnych w sprawach ginekologicznych, w zapaleniach pęcherzyka żółciowego, nawrót utajonego wydzielania się bakterji z moczem, zapaleń nosa i gardła, zapaleń zatok nosowych, zapaleń wyrostka robaczkowego i t. d.

Na szczęście, ten okres zmniejszonej wrażliwości jest jedynie przejściowy i nie trwa zwykle dłużej niż 7 do 15 dni, kończy się zaś przeważnie z chwilą wystąpienia „leukopenji“, której towarzyszy zmniejszenie się odsetka komórek wielojądrzastych. Leukopenja ta jest zwiastunką szybkiego powrotu do normalnego wzoru leukocytowego.

Z jakiej tedy strony należy ująć fakty powyższe?

Czy są one pocieszające, czy też niepokojące?

E. Feuillée sam rozstrzyga te wątpliwości:

„Jeżeli na 10,000 żołnierzy mam 3,000 kalek (należy pod tem rozumieć chore leukocyty), wtedy uśmiercam stopniowo owe trzy tysiące. Wolę mieć do akcji tylko 7,000 żołnierzy ,ale zupełnie zdrowych.

I oto ustrój sam dostarcza mi 3,000 młodych poborowych“.

Powracam tedy do ogólnej liczby 10,000, lecz wszyscy uczestnicy walki są to już żołnierze silni i zdrowi.

Oto co nazywam „odnowieniem leukocytowem“.

Jakkolwiek tezy powyższe ujęte są nader pobieżnie, to jednak każdy lekarz, który je odczyta, pojmie, jakie widnokręgi otwiera przed medycyną całokształt omawianych zagadnień.

Jako uczeń obu wymienionych mistrzów, pragnę w drugiej części artykułu niniejszego wyjaśnić li-tylko w świetle dziewięciu lat praktyki zdrojowiskowej, a więc dziewięciu lat dokładnych spostrzeżeń, wpływ wód w Royat na ustrój chorych, którzy się u nas leczą.

Oczywiście, czyniąc to, bynajmniej nie rościmy sobie prawa wytłumaczenia poniżej wyłuszczonych zjawisk. Wiele z nich osiągane bywają i gdzieindziej; jednakże my wyspecjalizowaliśmy się w leczeniu nadmiernego ciśnienia tętniczego w naszem zdrojowisku. Z tego powodu jesteśmy nawet szczególnie radzi, że możemy uczcić pamięć Tego, który był jego pionjerem, a mianowicie naszego nieodżałowanego kolegi *HEITZA*.

Temniemniej poglądy nasze będą indywidualne, gdyż wypływają bądź z powyżej przytoczonych wywodów, bądź też zazębiają się o nasze własne teorje.

Podkreślamy przytem, że wszystkie bez wyjątku zostały poddane surowej krytyce ze stanowiska naukowego.

Nadmierne ciśnienie tętnicze a Royat.

Przedewszystkiem omówimy leczenie nadmiernego ciśnienia tętniczego. Tam gdzie *Hipokrates* mówi „TAK“, *Galen* odpowiada „NIE“. A więc, czy Royat działa skutecznie na wymieniony zespół, czy też nie?

Bez wahania odpowiadamy „TAK“ — w ogromnej większości przypadków, dodając zarazem, że jedynie od lekarzy samych zależy zwiększenie liczby pacjentów, o ile będą staranniej segregowali swych chorych i kierowali ich do nas w możliwie wczesnych okresach.

Zajmujemy w danej sprawie stanowisko czysto kliniczne i w ten sposób usuwamy się od wszelkich sporów rozmaitych szkół w przedmiocie pochodzenia samego ciśnienia nadmiernego, przyczem, zgodnie z naszemi spostrzeżeniami — stwierdziliśmy, że w istocie większość skierowanych do nas chorych wykazuje ciśnienie tętnicze, zależne conajmniej od trzech lub czterech czynników; z tych najgroźniejszym ze względu na swą przewlekłość oraz nieuleczalność, już przez sam swój charakter, jest miażdżyca tętnicy głównej.

Inni znów chorzy dotknięci są obwodowemi skurczami naczyń, nadmierną lepkością krwi, niewydolnością nerek, nadmiernem wydzielaniem gruczołów chromochłonnych i t. d.

Miażdżyca tętnicy głównej.

Sprawa ta zajmuje mnie już od czasu mej rozprawy lekarskiej, którą ogłosiłem pod kierunkiem i kontrolą *G. Billarda;* zwracam więc tutaj usilną uwagę na rolę,

jaką czynnik ten odgrywa w etjologji rozwiniętej hypertensji.

Jak wykazał *Dodel*, rola ta jest niewątpliwa i wielce doniosła, jak tego dowodzą częściowe niepowodzenia terapeutyczne.

Dla przekonania się o tem wystarczy, by lekarz praktyk skonstruował schemat krwiobiegu, w którym umieści naprzemienne działanie aorty giętkiej tudzież aorty sztywnej, obie długości 0,17 metra.

Jeżeli przyjmiemy, że płynem krążącym będzie woda, że rura tętnicza podniesie się na wysokość około 0,5 metra, aby złączyć się z naczyniem grającem rolę naczyń włoskowatych, oraz że gruszka, zastępująca serce, będzie wykonywała 94 tętnienia na minutę (należyty rytm zwalniający używanej przez nas pompy wodnej) to stwierdzimy, że ciśnienie odpowiadające jednej lub drugiej aorcie będzie wynosiło:

	Mx	*Pe*	*Mn*
Aorta giętka:	8,50	5	2,50
Aorta sztywna:	9,50	5	2,50

Wobec tych wyników, badacz przeniesie się myślą w dziedzinę krwiobiegu ludzkiego i włączy doń wszelkie poprawki, dotyczące długości aorty, własności płynu krążącego, t. j. krwi i t. d. i natychmiast spostrzeże wtedy, jakie mogą być ich następstwa!

Nie chcemy kłaść zbytniego nacisku na omawianie tego przedmiotu.

Skurcze naczyniowe. Istnieje dobrze znana postać skurczów naczyniowych, przynajmniej pod względem jej następstw; należą do niej czynniki wywołujące napady nadmiernego ciśnienia, tak dokładnie zbadane przez *Vaqueza* przy nagłem zamroczeniu, dalej niektóre odmiany dusznicy bolesnej, niektóre napady ostrego obrzęku płuc i t. d.

Znamienną cechą tych skurczów jest ich występowanie nagłe.

O ile powtarzają się — są zapowiedzią przewlekłego ciśnienia nadmiernego, niekiedy zaś już jego powikłaniem.

Główną cechą leczonych w Royat schorzeń tego rodzaju jest uporczywość ich oraz typowe umiejscowienie, o ile nie w naczyniach wielkich i średnich (jest to kwestja sporna, a jednak nie ulegająca wątpliwości wobec wrzekomego chromania przestankowego, które zupełnie ustępuje, czego świadectwem jest powrót do normy wskaźnika oscylometrycznego pod wpływem naszego leczenia), to już conajmniej w części tętniczej naczyń włosowatych.

Jako dowód powyższego przytaczamy:

1) zaczerwienienie wskutek rozszerzenia tętniczek skórnych powierzchni ciała chorych, zanurzonej w kąpieli, co spowodowane jest przez osiadanie na niej licznych pęcherzyków gazu CO_2; w danym wypadku pęcherzyki te mają znaczenie leku kojącego, porażającego zakończenia nerwu współczulnego w skórze właściwej;

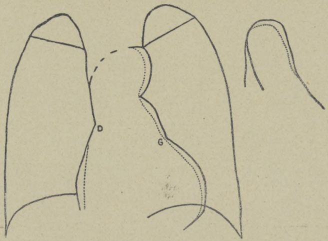
2) natychmiastowy spadek ciśnienia, wyrażający się w obu kierunkach z chwilą wystąpienia objawów powyższych, czyli w kilka minut po wejściu do wanny.

Wskutek wchłaniania gazu CO_2 poprzez zanurzone powłoki (wchłanianie to jest sprawdzone zapomocą zbadania wzoru respiracyjnego CO_2, który staje się równy jedności, podczas gdy chory wdycha O z wolnego powietrza), dokonywa się jeszcze doskonalsze ukojenie nerwu współczulnego, który pomiędzy 7 a 10 minutą nietylko powoduje jeszcze znaczniejszy spadek omawianego ciśnienia [1]), lecz również wielce pożądane zwolnienie uderzeń tętna wskutek przewagi nerwu błędnego; zwolnienie to pozwala sercu częściowo odzyskać utracone napięcie, na co wskazuje natychmiastowy wzrost wskaźnika oscylometrycznego oraz możliwy powrót do stanu normalnego serca, którego lewy przedsionek uległ nieznacznemu rozszerzeniu przed kuracją (odczyt prof. *Landouzy*, b. dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego).

Obok tych wyników, chory odczuwa jeszcze często potrzebę oddania moczu, co jest skutkiem rozszerzenia naczyń tętniczek nerkowych (rozszerzenie tętniczek kłębuszka nerkowego).

Oczywiście, tak pomyślny całokształt przemian nie wykazuje tyle pożądanej stałości. Po wyjściu z wanny, usunięte chwilowo skurcze naczyniowe wykazują skłonność do nawrotu; pozatem zaznacza się również ponowne podniesienie ciśnienia.

[1]) Należy zaznaczyć, że podobny spadek ciśnienia nie ma nic wspólnego z nader wybitnem, a nawet niebezpiecznem obniżeniem ciśnienia, spostrzeganem niekiedy u chorych, zagrożonych omdleniem w kąpieli. W istocie, w tych przypadkach do. łącza się wstrząs z uczulenia, spostrzegany przez A. Lumière'a, a spowodowany przez przenikanie białka śródkomórkowego do krwiobiegu wskutek wstępnego spadku ciśnienia.



Ryc. 1. Ortodiagram osobnika z ciśnieniem nadmiernem, dotkniętego rozszerzeniem serca.
——— 15 czerwca 1912, przed leczeniem w Royat.
.... 15 lipca 1912, w dniu wyjazdu ze zdrojowiska.
Na lewo: rentgenogram tętnicy w położeniu ukośnem, od przodu, zprawa.

Jednakże nawroty te rzadko dosięgają pierwotnego poziomu i w ten to sposób, po serji kąpieli, zastosowanych w trybie właściwym, jaki zaordynuje każdy z lekarzy w Royat, dochodzimy do stałego spadku, odpowiadającego nietylko ukojeniu nerwu współczulnego, lecz również uwolnieniu ustroju od toksyn i kryptotoksyn (których zatrzymanie idzie tak często w parze z zatrzymaniem w ustroju mocznika), oraz wytworzeniu równowagi humoralnej, jakiej początek przypada właśnie na zakończenie przełomu termalnego.

Przełom ten, dokładnie zbadany przez prof. *Landouzy* w poniżej przytoczonym ustępie, wykazuje, rzec można, dziwne podobieństwo do przełomu, odczuwanego przez chorych mocznicowych, poddawanych kilkakrotnym dłuższym zabiegom w komorze emanującej rad.

W sprawie tej zalecamy również przejrzenie prac, ogłoszonych przez pp. *Teissier* i *Rebattu* z Lyonu, a przytoczonych poniżej.

Wyciąg z odczytu, wygłoszonego przez prof. Landouzy na temat przeprowadzonego przez niego leczenia kilku chorych w Royat (1912):

„Zaznacza się wzmożone wydalanie mocznika i kwasu moczowego, podwyższenie wskaźnika azoturycznego oraz współczynnika utleniania siarki. Nie podaję szczegółów; panowie winni zrozumieć, jaki wpływ te fakty wywierają na komórkową i śródkomórkową przemianę materji.

O ile dokonamy dokładniejszego rozbioru tych odczynów u chorych, to stwierdzimy, po przeprowadzeniu badania hematologicznego, że odsetek hemoglobiny jest zwiększony, u niektórych kuracjuszów nawet do 20%.

Uważam, że szczegóły te są nader ważne, dowodzą bowiem, że spostrzeżenia naszych poprzedników były słuszne, kiedy wspominali o „gorączce termalnej“, kiedy zapomocą dostępnych im metod usiłowali wyświetlić przeistoczenia, dokonane w ustroju, kiedy pisali o „przełomie wskutek usuwania piasku nerkowego, następującym między 7 a 15 dniem leczenia“.

„Przełom ten wywołuje jednak pewne znużenie, pewną dostrzegalną zmianę bądź w zakresie snu, bądź też w sposobie wydalania nerkowego lub wreszcie czynności narządów krwiobiegu, trawienia lub nerwowych“.

Wyciąg z artykułu pp. Teissier i Rebattu z Lyonu.

„Promieniolecznictwo wywołuje u dotkniętych zatrzymaniem kwasu moczowego podagryków prawdziwą salwę kwasu moczowego w moczu, poczem odsetek wydalanego kwasu moczowego spada do poziomu niższego niż ten, jaki stwierdzono początkowo“.

Wogóle osiągamy przytem całkowite zniknięcie kwasu moczowego z krwi.

„W pierwszych dniach leczenia nie stwierdzamy żadnych uchwytnych zmian. Następnie, pomiędzy 6 a 12 dniem leczenia, zaznacza się nader często nasilenie bólów, którego wytłumaczenie podajemy poniżej; w niektórych przypadkach spostrzegamy nawet pewne powiększenie obrzęku w okolicach schorzałych stawów. Po dalszych kilku dniach natężenie bólów maleje, poczem dolegliwości te ustępują zupełnie".

Spostrzegaliśmy chorych, przeniesionych do emanatorjum, gdzie pozostawali w pozycji leżącej, gdyż nie byli w stanie utrzymać się na krześle; po upływie tygodnia przychodzili do nas o kuli, którą porzucali dla laski, ale i bez niej mogli się wkrótce obejść.

Do powyższego dodamy jeszcze szczegół następujący: podczas całego okresu przełomu termalnego zatrucie kwasem moczowym wzmaga się wyraźnie, poczem stopniowo zmniejsza się aż do normalnego poziomu kwasu moczowego we krwi.

Co do liczb, oznaczających ciśnienie, nadmieniamy z przyjemnością, że liczby dotyczące końca leczenia, czytane w gabinecie lekarskim, są często równe tym, jakie ustaliliśmy w kąpieli w 3, 4 lub 5 dniu leczenia.

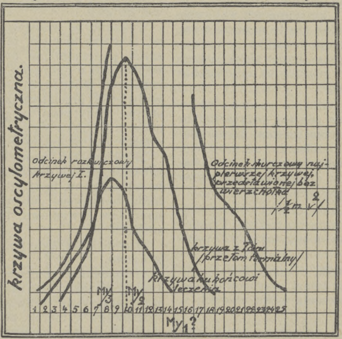
Nawiązując do powyższego, winniśmy natomiast zaznaczyć, że uszeregowanie tych liczb nie idzie bynajmniej w parze z jakimkolwiek odpowiednikiem przy zestawieniu krzywych oscylometrycznych, odnoszących się do każdego z tych okresów.

Wręcz przeciwnie.

Podając poniżej wykresy, które były przedmiotem jednego z poprzednich komunikatów [1]), pragnęlibyśmy wykazać jeszcze raz ich różnice. W istocie — zbadanie tych różnic wykaże dowodniej niż wszelkie twierdzenia (i to zarówno osobom obeznanym z krzywą, jak również tym, którzy zechcą odnieść się do artykułu, podanego w odsyłaczu), owe pomyślne zmiany, jakie w samym mechanizmie krwiobiegu wywołuje *zmniejszenie żywej siły fali tętniczej*, spowodowane przez spostrzegany spadek ciśnienia, a będące wynikiem rozszerzającego naczynia działania naszych wód.

Uwaga. Uwzględniając najnowsze, w piśmiennictwie lekarskiem zamieszczone

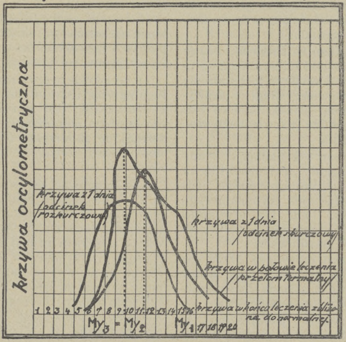
Ryc. 2. Rok..... Chory Nr 1



badania, poświęcone ciśnieniu *(Pachon, Vaquez, C. Lian* i t. d.), czytelnik spostrzeże niechybnie, jak ściśle łączy się ono z wy-

[1]) Konkurs Lekarski w sierpniu 1931 r.: „O żywej sile fali tętniczej oraz o krzywej oscylometrycznej".

Rys. 3. Rok....... Chory №2



obrażeniem żywej siły oraz z podobieństwem spadku, zachodzącem pomiędzy niemi na dwóch przedstawionych schematach oryginalnych, odpowiadających różnym okresom rozwojowym miażdżycy tętnic.

Nadmierna lepkość krwi. Obecnie omówimy inny czynnik nadmiernego ciśnienia tętniczego, w sposób tak wyrazisty ujawniony przez *Martineta.*

Aby nie przedłużać nadmiernie niniejszego artykułu, zaznaczamy jedynie w tym przedmiocie, że wspomniany czynnik stwierdzamy przeszło u połowy ogólnej liczby naszych chorych neuroartretycznych.

Zastosowanie różnych rodzajów naszych wód mineralnych działa wielce pomyślnie w tym zakresie, przyczem odnośne liczby zbliżają się niemal do normy, która, według miernika lepkości Hessa, wynosi jak wiadomo 4,50.

Nadmierne wydzielanie gruczołów chromochłonnych. Gruczoły chromochłonne, podobnie jak nadnercza, są to gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, których wytwory czyli hormony posiadają własność zwężania naczyń.

Spowodowane przez nie schorzenia należą przeważnie do bardzo ciężkich. Na szczęście, są one rzadkie. Co do nas spostrzegaliśmy najwyżej 10 przypadków; wszystkie dotyczyły osób conajmniej trzydziestoletnich.

U chorych tej kategorji leczenie wodami mineralnemi zazwyczaj nie daje wyników dodatnich; to też wszystkie te przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem w przeciągu sześciu miesięcy.

Wpływ naszych wód na białko.

Każdy z naszych chorych, ze względu na stan fizyczno-chemiczny płynów ustrojowych (i to niezależnie od wysokości ciśnienia i powodów tegoż), dotknięty jest brakiem równowagi humoralnej (dna = schorzenie osadzające płyny; swoistość i zimnica = odchylenie lub możliwość odchylenia odczynów *Bordet-Wassermana, Desmoulières'a* i t. d.); przeto uważamy, że godnem zastanowienia jest pytanie, jaki jest wewnętrzny mechanizm działania naszych wód, wprowadzanych do ustroju chorych bądź zapomocą zastrzykiwań podskórnych (metoda ta doświadczalnie stosowana jest jeszcze w ograniczonym zakresie), bądź też drogą doustną.

Otrzymane przez nas w tym kierunku wyniki nie są jeszcze zupełnie zadowalniające; mimoto umożliwiają nam poniekąd

poznanie istotnego stanu rzeczy, spodziewamy się więc, że wkrótce na pytanie to będzie można udzielić ścisłej odpowiedzi. Oto omawiane wyniki:

Zgodnie z poglądem *G. Billarda,* chorzy w toku leczenia wodami mineralnemi są to osobniki uczulone. Uczulenie to ustala się na okres mniej lub więcej długi — zazwyczaj długi — wogóle jednak czasowa rozpiętość jego odpowiada przewlekłemu charakterowi schorzenia.

W nader częstych przypadkach — mowa o neuroatretykach — antygenem bywa białko, pochodzące od samego chorego, bądź jako wytwór upośledzenia czynnościowego narządu trawienia, bądź też utworzone wskutek naruszenia misternej budowy podstawowych soków ustrojowych.

Jakimkolwiek jest omawiany przez nas antygen, musi bezwzględnie, jak każde białko, składać się z *zespołu białkowo-lipoidowego, zazębionego o elektrolity.*

Jedynie dla pamięci podkreślamy, że białko w stanie czystym w przyrodzie nie istnieje, tem mniej zaś w istotach żyjących, i że otrzymać je można przy całkowitym rozpadzie zapomocą odczynników tak potężnych, jak siarczan amonu. Zresztą, w tej postaci jest nieszkodliwe (przygotowywanie surowic oczyszczonych).

Przy utworzonej w ten sposób wolnej toksynie lub kryptotoksynie wszczepionej do miceli i bez względu na rodzaj wstrząsu z uczulenia (koloidoklaza, według *Widala;* przez podrażnienie nerwu współczulnego na poziomie tętniczki końcowej, przez odkładanie złogów *(A. Lumière),* co najbardziej zgodne jest z naszym poglądem; tudzież przez czynniki jeszcze nam nieznane zdaniem naszego kolegi *Macheboeuf* z Instytutu Pasteura) — jesteśmy skłonni do przypuszczenia, że lipoidy czy też elektrolity, albo może lipoidy wraz z elektrolitami, stają się — o ile można się tak wyrazić — ostrogą dla wstrząsu białka antygenowego.

I właśnie z powodu takiego ujęcia sprawy przez nich, przyjaciele nasi, *Dodel,* profesor fizjologji w Szkole Lekarskiej w Clermont Fd, oraz *Mercier,* obaj również uczniowie prof. *G. Billarda,* zdołali osiągnąć wyleczenie uporczywych egzem, nie poddających się żadnej terapji.

W istocie, kierując swą uwagę na składniki lipoidowe białka antygenowego, wywołującego te stany chorobowe, badacze ci zdołali wykazać:

1) że jego cechy patognomiczne o wiele bardziej zależne są od zmienności w proporcjach jego składników, niż od samej ilości antygenu, uwięzionego w ustroju;

2) że zwykłe wprowadzenie do dotkniętego egzemą ustroju ciał lipoidowych drogą podskórną, pod warunkiem odpowiednio częstego powtarzania zastrzyków, *wystarcza do zaburzenia omawianej równowagi, a tem samem — do wyleczenia chorego.*

Krótko mówiąc, zarówno jeden jak i drugi z wymienionych badaczów osiągnęli te pomyślne wyniki, stosując odnośną, właściwą każdemu z nich technikę przy zadawaniu acetonem próbki krwi, pobranej u chorego. Otrzymany w ten sposób strąt (strąt lipoidowy) zostaje dokładnie przemyty, poczem zadaje go się wyskokiem metylowym 99°, po którego zupełnem wyparowaniu, z pozostałego osadu przyrządza się zawiesinę w płynie fizjologicznym, służącą do zastrzyków podskórnych.

Powtarzamy, że już bardzo niewielkie dawki dają zdumiewające wyniki zarówno pod względem skuteczności leku jak również szybkości działania. Osiem zastrzyków daje wybitne polepszenie, dwadzieścia zaś — długotrwałe uzdrowienie.

Podajemy pozatem do wiadomości czytelnika wyniki jeszcze bardziej zachęcające (doświadczenia *Mercier'a).*

1) surowica końska z dodatkiem 1 c. sz. zawiesiny lipoidowej końskiej (metoda poprzednia), zastosowana u morświnki narazie jako zastrzyk uczulający, następnie zaś, po upływie 21 dni — jako zastrzyk wywoławczy, nie powoduje żadnego wstrząsu.

2) czysta surowica końska użyta w powyższy sposób również nie wywołuje wstrząsu, jeżeli w przerwie pomiędzy zastrzykiem uczulającym a wywoławczym zastrzykniemy morśwince co trzy dni 1 c. sz. surowiczej zawiesiny lipoidowej, pochodzącej *bądź od konia, bądź od morświnki...*

Przenosząc wyniki te w dziedzinę lecznictwa termalnego, czy będziemy upoważnieni do przypuszczenia, że zakłócenie równowagi antygenu wskutek przesunięcia jego elektrolitów, bądź przez przemieszczenie tychże, bądź przez dołączenie do nich innych, bądź wreszcie przez modyfikację ich

czynności [1]), spowoduje takie same wyniki?

Z wszelką pewnością tak. Dla przekonania się o tem, wystarczy powołać się na pierwszy ustęp pracy niniejszej, dotyczący doświadczeń *G. Billarda* nad anafilaksją a filaksją.

Po osobistem przeprowadzeniu tych badań oświadczamy, że morświnka, uczulona zapomocą surowicy końskiej lub białka kurzego, zniesie dobrze zastrzyk wywoławczy antygenu, będącego przedmiotem badania, o ile w przerwach otrzyma codziennie, albo też co drugi dzień, zastrzyki dootrzewnowe jednego lub dwóch cent. sz. wody St. Mart, St. Victor lub Eugénie.

Aby uniknąć zbytecznego powtarzania, zaniechamy omawiania zjawisk filaksji. Jako wstęp do dalszych naszych prac zaznaczamy jedynie, że zjawiska anafilaksji i filaksji są o wiele więcej zbliżone do siebie, niż się to na pierwszy rzut oka wydaje.

Czytelnik uświadomi sobie tę kwestję, przebiegając ponownie myślą, jak my to w danym razie czynimy, ostatnią pracę *Mercier'a*, ogłoszoną niedawno w „Presse Médicale", gdzie podkreślamy, że 2 c. sz. surowicy końskiej, zastrzyknięte morśwince, wywołują u niej anafilaksję względem tejże surowicy, a zarazem wytwarzają stan filaksji w stosunku do siarczanu sparteiny.

Wywody powyższe wykazują, jakiego rodzaju są zmiany fizyczno-chemiczne, wywołane przez działanie naszych wód na pierwotny skład obcego białka (czyli antygenu wewnątrzpochodnego), jaka wynika z nich równowaga ostateczna; pozatem, pogłębiając sprawę — jakim zmianom ulegają również pierwiastki składowe naszych soków ustrojowych, przedewszystkiem mydła, w różnych ich stanach i przerwach pomiędzy temi stanami, które sam rytm życiowy zmienia nieustannie (głód i jedzenie, stan zdrowia i choroba i t. d.)?! Czyż każda nawet komórka różnych tkanek ustrojowych, z powodu braków swej budowy, nie jest zdolna do zakłócenia równowagi swej przemiany materji?

[1]) Celem wyjaśnienia zaznaczamy, że profesorowie Maksymiljan i Michał Polonowscy wykazali, iż związki alkaloidowe utleniające aminy (genalkaloidy ich są przedmiotem komunikatu, przesłanego do Paryskiej Akademji Naukowej w r. 1925) względem odpowiedniego alkaloidu w postaci pierwotnej posiadają jadowitość mniejszą 200 do 250 razy.

Oto pełnia spraw, nadających się do omawiania, lecz bez możności ostatecznego ich rozstrzygnięcia.

Krocząc w ślady naszego kolegi *Dodela* i nie przesądzając sprawy cennej pomocy, jaką w tym przedmiocie będą mogły okazać nauki fizyczno-chemiczne, o czem świadczą prace *E. Feuilléego*, sądzimy, że ostatnie słowo należy jeszcze do doświadczeń biologicznych, w kierunku wskazanym przez *G. Billarda* i prowadzonym nadal w szkole w Clermont-Ferrand.

Spodziewamy się, że ogłoszone przez *Laville'a* prace i badania, będące obecnie w toku, wykażą wkrótce słuszność naszych tez. Da nam to sposobność i przyjemność podjęcia pracy niniejszej od punktu, na którym przezornie i samorzutnie zatrzymaliśmy się.

Wskazania do zalecania wód Royat.

Do wiadomości ogólnej oraz celem udzielenia odpowiedzi na liczne skierowane do nas przez naszych członków-korespondentów pytania, podajemy w zakończeniu pracy niniejszej krótki przegląd obecnych wskazań leczniczych do picia wód w Royat:

a) osoby, dotknięte nadmiernem ciśnieniem, u których zespół objawów odnośnych bywa przeważnie tylko zjawiskiem wtórnem przy skazie humoralnej, która, przed wytworzeniem miażdżycy naczyń, wywołuje skurcz naczyniowy;

b) neuroartretycy, jako naogół dotknięci brakiem równowagi humoralnej;

c) chorzy, wykazujący nadmiar kwasu moczowego lub cholesteryny we krwi, przeważnie uczuleni lub skłonni do uczulenia;

d) osoby otyłe, pletoryczne;

e) chorzy dotknięci chorobą Basedowa lub też ofiary nadmiernego wydzielania gruczołów chromochłonnych (nadmierne wydzielanie gruczołu tarczowego, nadnercza oraz z nadmierną zawartością cholesteryny we krwi);

f) kobiety w okresie przekwitania, dotknięte zaburzeniami krążenia wskutek ustania czynności jajników;

g) nieznaczne niedomogi mięśnia sercowego, zwłaszcza u osób młodych, po przebytym gośćcu, u których stwierdzono dawne zmiany zastawkowe. Rozszerzenie naczyń włoskowatych oraz kardjotoniczne działanie naszych wód oddaje tego rodzaju chorym cenne usługi (p. art. *Deschamps'a* w Royat-Journal z ubiegłego marca).

Zdrowotność Warszawy w świetle danych Kasy Chorych.

podał
DR. W. MIKLASZEWSKI.

Przedmowa.

Dane kas chorych mogą wyjaśnić wiele zagadnień natury społecznej, dotyczących stanu zdrowotnego ludności i czynników, wpływających ujemnie na rozwój cielesny i zdrowie. Praca zbiorowa mogłaby odpowiedzieć: jaki przedstawiamy materjał ludzki, czy zdolni jesteśmy wytrzymać kryzysy, które stały się przewlekłą chorobą. Przetrwać go może tylko odporny. Widzieliśmy to podczas podczas wojny światowej w postaci wymierania gruźlików, niemowląt, dzieci, starców, znacznego spadku rozrództwa. To była skała Tarpejska, o którą rozbiło się masę istnień o słabej żywotności. Warunki bytu poprawiły się niewątpliwie od owych czasów, jednak czy zwiększyła się nasza odporność, czy nie grozi nam zwyrodnienie, zagłada?

Podobne pytania skłoniły mnie przed 30 laty do podjęcia mozolnych badań. Przeprowadziłem pomiary antropometryczne, oględziny lekarskie, wywiady z zakresu warunków społecznych kilkudziesięciu tysięcy dzieci, wysyłanych na kolonje letnie, noworodków w instytucie położniczym, chorych szpitalnych i w przychodni bezpłatnej dla biednej ludności Warszawy, chorych moich z praktyki prywatnej. Owocem tych badań były dwa dzieła: Rozwój cielesny proletarjatu Warszawy w świetle pomiarów antropometrycznych (1912 r. str. 176, tab 43) i Rozwój ciel. klas uprzywilejowanych w Król. Polskiem (1914 r. str. 335, tab 98). Wniosek ogólny z tych prac wskazywał, że stan cielesny ludności b. zaboru rosyjskiego przedstawia wiele do życzenia ale rozpaczliwy nie jest. Najgorzej przedstawiała się ludność żydowska, nosząca powszechne cechy niedorozwoju cielesnego, zwłaszcza słabego rozwoju wskaźnika piersiowego i siągu. Dalej szła szlachta, wykazująca tesame braki w mniejszym nieco stopniu. Dobry stan wykazuje mieszczaństwo, niezły — włościaństwo i szlachta zagrodowa. Zamożność odbija się przeważnie na wadze względnej a w małej tylko mierze na rozwoju cielesnym, chociaż proletarjusz Warszawy zarabiał miesięcznie 22,6 rb., koszt jedzenia wynosił na członka rodziny 13,6 kop., a na izbę wypadało przeciętnie 3,3 dorosłych i 2,35 dzieci. Warunki materjalne żydów przedstawiały się korzystniej.

Dalsze moje badania podczas wojny wśród armji rosyjskiej i uczniów szkół w Moskwie potwierdziły te wyniki, nawet je pogłębiły na materjale 40.000. Przedstawiłem go w kilku pracach: Charakterystyka fizyczna ludności naszych kresów wschodnich (1920 r.), Rozwój cielesny uczniów szkół polskich w Moskwie (1916 r.), Oficer armji rosyjskiej ze stanowiska rasy (1919 r.). Na stanowisku profesora Wyż. Kursów Naucz. zbadałem 727 nauczycieli i nauczycielek szkół powszechnych i przeprowadziłem porównanie ich rozwoju cielesnego z umysłowym i społecznym w książce: Nauczycielstwo szkół powsz. ze stanowiska higjeny społ. (1924 r.). Wreszcie na stanowisku v.-prez. Patronatu przeprowadziłem badania małoletnich przestępców o których wydałem książkę (1924 rok). Na podstawie tak obfitego materjału, zebranego osobiście, posiadam dane do wyrażenia poglądu na stan cielesny naszego społeczeństwa. Nie zgadzam się z wywodami p. L. Krzywickiego, który w zestawieniach antropologicznych (Kraków 1912 rok), wyprowadza przeciętne, nie uwzględniwszy tak ważnego czynnika, jak rasa. Ludność żydowska, posiada odrębne cechy. Choćby niski wzrost 1625 mm., gdy u włościan wynosi on w rozmaitych okręgach 1655 — 1698 mm., a u szlachty 1738 mm. albo wskaźnik obwodu czaszki, przekraczający u żydów 34%, gdy u szlachty wynosi on około 32½%, u włościan 33, lub wskaźnik piersiowy u żydów 44, u szlachty 47, u chłopów 51 i t. p. wyłączają możność wyprowadzania jakichkolwiek prze-

ciętnych dla całej ludności. Nikt nie pokusiłby się wyprowadzić przeciętnej wzrostu konia, psa, kota ,nie uwzględniwszy rasy i odmiany. Można być małym cieleśnie, a wielkim umysłowo i odpornym życiowo, a legendarni Goljaci i olbrzymi z rodu Enaków i Samsoni wyginęli od proc Dawidów i nożyc filistynek. Cechy antropologiczne a rozwojowe to nie to samo. Pierwsze odznaczają się wielką stałością i np. wysoki wzrost nie zależy zupełnie od dobrobytu i intensywnego żywienia, lecz jest wielkością prawie niezmienną, ulegającą wahaniom tylko pod wpływem krzyżowania.

Praca w kasie chorych nie pozwala na prowadzenie dalszych pomiarów antropometrycznych, bo to pochłania zbyt wiele czasu. Dlatego też postanowiłem wyzyskać posiadany materjał w zupełnie innym zakresie.

Wzór do moich badań obejmuje następujące punkty: Płeć, wiek, stan rodzinny, liczba dzieci żyjących, zmarłych, poronień samoistnych i sztucznych, obecność ciąży. Zawód i choroba. Wiek rozpoczęcia stosunków płciowych, ich liczba tygodniowo (u kobiet zadowolenie, lub brak jego przy stosunkach). Wiek rozpoczęcia samogwałtu, jego częstość. U kobiet wiek zaczęcia miesiączek. Wiek przebytych chorób wenerycznych. Wiek rozpoczęcia palenia tytuniu i używania wyskoku. Ilość tych używek. Wszystkie powyższe dane zapisuję odpowiedniemi symbolami, co sprowadza całe badanie do minuty. Opracowanie tego materjału wymaga sporo czasu. Przed 2 laty napisałem już tę pracę, jednak wstrzymałem się z jej ogłoszeniem, bo nasuwało mi się szereg wątpliwości, które trzeba było rozstrzygnąć na większym materjale. Dziś rozporządzam 5000 spostrzeżeń, mogę więc stawiać uzasadnione wnioski.

I. Mężczyźni. Stan ich rodzinny. Zawód. Choroby. (Tablica I).

Z liczby 2051 zbadanych w Kasie Ch. m. Warszawy mężczyzn miałem: katolików 1312, protestantów 24, prawosławnych 14 i żydów 700. Nie mogę sprawdzić, czy liczby te odpowiadają ogólnym stosunkom ubezpieczonych, ponieważ ta rubryka jest zupełnie pominięta. Najbardziej korzystają z pomocy Kasy — żydzi. To samo stwierdziłem przed wojną w przychodni bezpłatnej, gdzie stanowili oni połowę moich pacjentów z liczby 14000. Uważa się to za większą dbałość o zdrowie. Jednak nasuwa przypuszczenie, że ma się do czynienia *z większą zachorowalnością i mniejszą odpornością.*

Stan rodzinny naszych chorych wykazuje przewagę bezżennych. Mamy ich wśród chrz. 677, czyli 50,2%, a wśród żydów 448, czyli 64%. Czyżby oni odznaczali się największą chorowitością? A może to czynniki społeczne i gospodarcze sprawiają, że tak wielka liczba mężczyzn nie może zawiązać rodziny? Rzuca się w oczy, że wiek zawierania związków małżeńskich jest znacznie opóźniony: przed wojną większość ludności żeniła się zaraz po powrocie z wojska, około 24 r. ż. W pracy: Życie płciowe naszego ludu miejskiego (1908 r.), wskazuję ten właśnie wiek za przeciętny. Jeżeli więc potrącić z naszych liczb młodzież poniżej tego wieku, czyli 465 chrz. i 353 żydów, to i tak pozostanie bezżennych w wieku powyżej 24 lat 212 i 95. Nawet powyżej 40 r. ż. mamy jeszcze 26 i 1 kawalerów.

Liczba wdowców wynosi 32 i 7, czyli nie przekracza przeciętnych dla ogółu ludności, natomiast liczba rozwiedzionych 13, wyłącznie wśród chrześcijan, jest uderzająca. Nie chodzi tu wprawdzie o rozwody formalne, lecz przeważnie o rozstanie się małżonków. W stosunku do 674 rodzinnych jest to wielki odsetek 1,92%. Pomiędzy 24 a 29 r. ż. mężczyzny wypada na 143 stadła 6 zerwanych (4,2%).

U polaków wypada na 674 rodziny 8600 lat pożycia małżeńskiego, czyli 12,8 lat przeciętnie, małżeństw bezdzietnych jest 137 (20,3%!), dzieci żyjących mają 1144, czyli 2,1 na dzietną rodzinę, zmarłych dzieci 451, czyli 0,84 na rodzinę, ciąży zaznaczono 20, poronień samoistnych 19, sztucznych 18. W porównaniu ze stosunkami przedwojennemi wygląda to inaczej: na 2880 rodzin miałem tam 272 bezdzietnych (9,44%), dzieci żywych 6509 (2½ na rodzinę), zmarłych 4752 (1,8), poronień 2183 (0,8), ciąży 251 (0,09), czyli całkowita rozródczość rodziny wynosiła przeciętnie 5,3 dzieci na matkę, a powyżej 50 r. ż. wypadało na matkę dzieci: żyjących 3,93, zmarłych 3,22, poronionych 1,48, ogółem 8,63. To są liczby zupełnie odmienne. Zestawienie naszych danych podług grup wieku wykazuje wielką liczbę bezdzietnych w wieku młodszym, małą liczbę dzieci i dużą poronień, przeważnie sztucznych. W gru-

TABLICA I

Wiek	Liczba spotrz. Ogółem	Stan rodzinny I Kawalerzy	II Małżeński	III Wdowcy	IV Rozwied.	Lat pożycia małż.	Bezpłodnych	Dzieci w rodzinie Żywych	Zmarłych	Ciąży	Poron. Natur.	Poron. Sztuczn.	Zawody I Robotn.	II Rzem.	III Służba	IV „ osobista	V Handel	VI Przemysł	VII Techn.	VIII Urzędn.	IX U rodziny
POLACY																					
>16 r.ż.	26	26		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	19
16–19	184	183	1	—	—	1			1				10	70	—	30	18		22	12	22
20–24	323	275	48	—	—	78	13	28	4	22	—	4	32	99	1	48	23		72	44	4
25–29	260	117	136	1	6	426	33	113	14	14	—	7	31	88		45	11		34	49	2
30–34	159	35	118	4	2	654	24	151	22	4	1	2	21	38		39	6		21	30	4
35–39	105	14	87	4	—	866	22	130	40	—	10	2	7	32		19	6		13	26	2
40–49	140	15	117	4	4	2038	39	274	127	—	6	3	13	44		35	13		14	21	—
50–59	76	8	61	6	1	1781	6	196	83	—	2	—	5	17		35	4		2	13	—
<59	77	3	61	13	--	2756	—	252	160	—	—	—	6	23		33	3		3	7	2
Ogółem Polacy	1350	676	629	32	13	8600	137	1144	451	20	19	18	125	413	1	288	85	—	181	202	55
%	100%	50,1	46,6	2,4	0,9								9,3	30,6		21,4	6,3	—	13,4	14,9	4,1
ŻYDZI																					
>16	9	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1			1					7
16–19	133	133	—	—	—	--	—	—	—	—	—	—	4	59		10	26		9	10	15
20–24	230	211	19	—	—	38	3	17	—	4	—	—	16	114		12	37	2	15	32	2
25–29	133	72	60	1	—	185	27	64	7	4	—	—	17	47		4	27		15	23	—
30–34	78	16	62	—	—	398	10	123	19	—	2	—	7	25		2	14		16	13	1
35–39	39	6	33	—	—	313	3	67	7	1	—	—	3	18		3	5		1	9	—
40–49	36	1	35	—	—	571	15	87	26	1	1	—	8	8		1	8		1	10	
50–59	21		20	1	—	329	2	65	10				3	1		2	3		3	9	
<59	22		17	5		1315		113	52				7	2		2	3			4	4
Ogółem Żydzi	701	448	246	7	—	3149	60	536	121	10	3	—	66	274		37	123	2	60	110	29
%	100%	63,9	35,1	1	—								9,4	39,1		5,3	17,6	0,3	8,6	15,7	4

Wiek	Grupy chorób I Zakaź.	II Gruźlica	III Wener	IV Guzy	V Gościec	VI Nerwowe	VII Krążenia	VIII Oddech.	IX Trawien.	X Moczowe	XI Skóry	XIII Rozwoj	XIV Starość	XV Wycień.	XVI Urazy	XVII Wole	XVIII Chirurg.	IXX Otyłość	XX Dna	XXI Zdrowi
POLACY																				
>16 r.ż.	1	2		1		4	2	9	5			1		1						
16–19	23	8	1	1		43	5	42	43	1				2	1	3	1	2	—	8
20–24	48	13	3		2	69	10	89	53	12		1		11	3		2	1		7
25–29	27	13	1		9	49	7	67	69	2				3	7					6
30–34	11	10			5	42	4	30	40	5	1	1		1		1	1			7
35–39	5	5			4	19	3	35	21	1		1			3	1	1	1		6
40–49	4	5	1	2	5	32	12	36	27	4		1	3	1	3			2	1	1
50–59	2	1	—	1	3	10	5	10	20	2			15	1	3				3	—
<59	1	1			2	8	4	3	15				40	1	1				1	—
Ogółem Polacy	122	58	6	5	30	276	52	321	293	27	1	5	58	21	21	5	4	6	5	34
%	9,1	4,3	0,4	0,4	2,2	20 6	3,9	23,8	21,7	2	0,1	0,4	4,2	1,5	1,8	0,4	0,3	0,4	0,4	2,4
ŻYDZI																				
>16	1	2				1		1	3					1						
16–19	17	19			1	35	9	16	18			1		3	1		2			11
20–24	16	45	1		3	58	5	42	40	8		5			2		1	1		3
25–29	9	14	1		4	33	4	29	26	5				2						6
30–34	2	8	1		4	19	6	10	16	2		3		2					1	4
35–39		5			1	9	1	9	9	1					1			2	1	—
40–49		4			1	11	4	5	5	1			3	1				1		1
50–59		2				4		2	2	2			6					2		
<59		1		1		3	1		2		1		12						1	
Ogółem Żydzi	45	100	3	1	14	173	30	114	121	19	1	9	21	9	4		3	6	3	25
%	6,4	14,3	0,4	0,1	2	24,6	4,3	16,3	17,4	2,7	0,1	1,3	3	1,3	0,6		0,4	0,4	0,3	3,7

Wiek	Samogwałt Wiek >15 r.ż.	15–18	<18	Częstość 1 na tydzień	Często	Codzień	Stosunki płciowe Wiek rozpoczęcia >17 r.ż.	17–18	19–20	<20 r.ż.	Częstość Rzadko	1 na tyd.	2–4	Codzień	Brak	Choroby płciowe Tryper >20 r.ż.	20–25	<25	Przymiot >20 r.ż.	20–25	<25	Szanker >20	<20	Używki Palą tytoń od roku życia >15 r.ż.	15–18	19–21	<21 r.ż.	Ile papieros. >10	11–20	<20	Piją wódkę od lat >15	15–18	19–21	<21	Ilość Od święt.	często	codz.
POLACY																																					
>16 r.ż.	3			2	1										26									1	1			2			5				5		
16–19	9	34	1	20	22	2	25	32			52	5			127	9			1			4		34	62	1		76	17	4	42	37			73	5	1
20–24	10	46	18	30.	35	9	30	111	95	34	190	73	7		53	26	31		3	3		4	6	36	152	40	1	87	110	32	6	189	44	2	210	26	5
25–29	7	25	11	19	19	5	22	79	84	68	97	135	16	5	7	12	59	15	1	7		2	6	21	113	59	18	67	104	40	5	142	47	6	155	35	10
30–34	8	11	3	6	15	1	18	45	44	47	41	103	9	1	5	3	30	23	2	9		2	2	13	55	49	·10	35	58	34	4	80	24	16	82	28	14
35–39	4	7	4	7	7	1	15	36	31	19	17	64	15	5	4	10	14	14		3	5		1	7	40	37	9	19	47	27	2	55	25	7	66	16	7
40–49	9	2	1	9	3		6	29	39	62	40	82	5	—	13	4	30	14		8	5	1	2	10	53	33	20	31	50	35	3	69	44	10	85	34	7
50–59		2			2		3	12	26	35	31	30	2		13	2	11	4	1	1	2		3	18	31	9	7	29	23	13	6	44	16	6	50	15	7
<59							6	16	19	36	22	8			47	6	9	8	2	1	—	1	1	19	28	13	7	31	27	9	2	45	15	15	55	16	6
Ogółem Polacy	50	127	38	93	104	18	125	360	338	301	490	500	54	11	295	72	184	78	10	32	12	14	21	159	535	241	72	377	436	194	75	661	215	62	781	175	57
%	3,7	9,4	2,8	6,9	7,7	1,3	9,3	29,7	24,9	23	36,3	3,7	4,1	0,8	21,8	5,4	13,6	5,8	0,7	2,4	0,9	1	1,6	11,7	39,6	17,9	5,3	27,9	32,2	14,4	5,9	48,6	15,9	4,6	57,7	13	4,1
ŻYDZI																																					
>16		1			1										9																1				1		
16–19	11	22	—	11	17	5	25	20			39	6			88	6	—	—						17	32			40	8	1	12	10			22		
20–24	11	33	14	16	34	8	24	74	56	23	119	55	3		53	14	21		—	2		2		23	61	28	2	67	39	8	7	79	9		78	15	2
25–29	8	9	7	10	10	4	16	32	34	41	59	57	5	2	10	11	15	6	1	1		1		19	36	18	1	95	35	14	2	50	6	—	52	4	2
30–34	3	9	1	2	9	2	13	20	17	24	22	48	3	1	4	6	6	5	1	3				12	30	5	4	22	18	11		43	2	2	42	3	2
35–39	1	6	1	1	6	1	5	13	10	9	9	26	1		3	6	3	3	1	—	—			6	18	2	1	10	9	8	1	22	4		24	3	
40–49	3	6	—	2	7	—	3	11	14	8	12	22	1		1	3	4	1		2				5	9	2		5	8	3	2	20	4		21	1	4
50–59		2			2		4	8	5	4	6	8			7	3	1	—		1	—			3	9	1		3	6	4		14	3		10	6	1
<59							2	9	8	3	5	3			14	2		1						2	7	1	2	6	5	1	1	14	2		14	2	1
Ogółem Żydzi	37	88	23	42	86	20	92	187	144	112	271	225	13	3	189	51	50	16	3	9	—	3	—	87	202	57	10	178	128	50	26	252	30	2	264	34	12
%	5,3	12,5	3,2	6	12,2	2,8	13	26,7	20,5	15,9	38,6	32	1,8	0,4	27,2	7,2	7,1	2,3	0,4	1,3	—	0,4		12,4	29	8,1	1,5	25,4	18,3	7,2	3,7	36	4,3	0,3	37,8	4,8	1,7

pie 50 — 59 lat ż. mamy na 68 małżeństw 6 bezdzietnych, 196 dzieci żyjących (3,2 na rodz.), 83 zmarłych (1,3) i zaledwo 2 poronienia. W następnej grupie zaznacza się to jeszcze wyraźniej: na 74 małżeństwa niema ani jednego bezdzietnego, mają one 252 dzieci (3,4), zmarłych 160 (1,7), poronień niema. Stosunki powojenne zmieniły się więc wyraźnie. Statystyka ogólnopaństwowa wskazuje, że jest to objaw powszechny w całej Polsce. W 1930 r. zawarto 300000 małżeństw (9,7 na tysiąc lud.), urodziło się żywych 1016000 dzieci, zmarło ogółem 490000, przyrost naturalny wynosi 526000 (17 na 1000 lud.). Zmniejszyła się śmiertelność, zwłaszcza dzieci i niemowląt, a zmniejszenie płodności nie odbiło się ujemnie na przyroście naturalnym, który przoduje w Europie, gdzie Rumunja wykazuje 15,6, Holandja 12,1, Portugalja 11,7, a Niemcy spadły z 12,9 do 5,3, Anglja z 10,7 do 2,9, Austrja z 5,3 do 2,2, Francja z 0,7 do 0,3.

Wśród żydów mamy niewątpliwie opóźnienie wieku związków małżeńskich i płodności. Na 252 rodziny wypada 3150 lat pożycia małżeńskiego, czyli po 12½ r. Bezdzietnych jest 60 małżeństw (23,8%). Na 192 rodz. wypada dzieci: żyjących 536 (2,8), zmarłych 121 (0,63), ciąży 10 (0,05) poronień 3. Ogółem na 12½ lat pożycia 3,48 ciąże na matkę, gdy przed wojną było 7,5. Na 62 małż. w wieku 30 — 34 r. ż. wypada 398 lat pożycia (6,4), 10 bezdzietnych (16,1), dzieci: żyjących 123 (2,4), zmarłych 19 (0,3), a powyżej 50 r. ż. na 43 rodziny wypada 1644 lata pożycia (38,2), bezdzietnych niema, dzieci: żywych 178 (4,1), zmarłych 62 (1,5), czyli ogółem 5,6 ciąży na matkę. Są to wyraźnie niższe liczby, niż przed wojną. Znaczyłoby to, że rozrództwo u żydów zmniejszyło się. Jest to więc objaw powszechny, mający swe źródło niezawodnie w ogólnym stanie gospodarczym. W Niemczech wywołało to jeszcze przed wojną niepokój.

Pewne wskazówki co do stanu zamożności daje ugrupowanie naszego materjału podług zawodów. Zestawiam go, jak w pracach poprzednich, w 9 grupach, mając na względzie przedewszystkiem stałość i wysokość zarobku, mianowicie: 1) robotnicy są najgorzej zabezpieczeni, 2) rzemieślnicy mają korzystniejsze warunki pracy, jednak na ich zarobkach odbijają się wahania stanu rynku, 3) służba domowa ma byt zabezpieczony zadawalająco i stale, 4) służba osobista (woźni, gońce, bony, fryzjerzy, woźnice i t. p.), mający dość stały zarobek, 5) sklepowi, kolporterzy, inkansenci i pracujący w handlu, 6) drobni przemysłowcy, 7) technicy, mechanicy, szoferzy, zecerzy i inni z wykształceniem zawodowem, 8) pracownicy umysłowi, urzędnicy, księgowi, nauczyciele, dziennikarze i 9) nie zarobkujący samodzielnie (dzieci przy rodzicach, starcy, inwalidzi). Ugrupowanie nie daje ścisłych wskazówek co do stanu zamożności, jednak nawet bezpośrednie rozpytywanie się o zarobek miesięczny przekonało mnie, że zadowoleni należą do wyjątków. Najtrudniej jest dwu pierwszym grupom, jednak i w gr. 5 spotykam się nieraz z niewiarygodnym wyzyskiem, zwłaszcza wśród żydówek, zarabiających jako sklepowe za 12 godzin pracy 40 — 60 zł. mies. Naogół stan wyrobników, robotników i rzemieślników był przed wojną znacznie gorszy.

W naszym materjale mamy na 1350 polaków: 1) 125 (9,25%), 2) 413 (30,6%), 3) i 4) 288 (21,4%), 5) 85 (6,29%), 7) 181 (13,4%), 8) 202 (14,95%), 9) 56 (4,1%). A więc przynajmniej 2 pierwsze grupy, czyli 39,85% są w trudnych warunkach materjalnych. Rozpatrzmy, jak w zależności od tego układa się sprawa związków małżeńskich. (Tabl. II).

Liczba żonatych w stosunku do L. członków danej grupy (A:B):

Tabl. II wskazuje, że przyrost liczby związków małżeńskich postępuje szybko z wiekiem, jest niewielki przed 25 r. ż. mężczyzny a około 40 r. ż. jest jeszcze 10,2 kawalerów. Najgorzej rzecz przedstawia się wśród robotników w wieku młodszym, choć przed wojną oni właśnie byli najśpieszniejsi do żeniaczki. Znacznie lepiej dzieje się rzemieślnikom i technikom, bo wcześniej zawierają małżeństwa. Najgorzej sprawa wygląda w gr. V, choć uposażenie ich jest stosunkowo dobre. Będziemy musieli szukać innej przyczyny przy dalszych zestawieniach.

Wśród żydów mamy w poszczególnych grupach zawodowych: I 9,4%, II 39,1%, IV 5,3%, V i VI 17,9%, VIII 15,7% i IX 4%.

Liczba żonatych w stosunku do L. czł. danej grupy (A:B) (Tabl. III):

TABLICA II.

Okres wieku / Zawody mężczyzn	20 — 24 A : B	25 — 29 A : B	30 — 34 A : B	35 — 39 A : B	Ogółem A : B	%
I Robotników	2 : 32	17 : 31	18 : 21	6 : 7	43 : 91	47,2
II Rzemieślników . . .	19 : 99	50 : 88	31 : 38	29 : 32	129 : 257	50,6
IV Służby	5 : 48	24 : 45	32 : 39	19 : 19	80 : 151	53
V Handlowców	3 : 23	5 : 11	4 : 6	4 : 6	16 : 46	34,8
VII Techników	13 : 72	20 : 34	17 : 21	11 : 13	61 ; 140	43,6
VIII Urzędników	7 : 44	25 : 49	21 : 30	23 : 26	76 : 149	51
Ogółem	49 : 318	141 : 258	123 : 155	92 : 103	405 : 834	48,56 %
% żonatych . . .	15,4	54,6	79,3	89,8		

TABLICA III.

Okres wieku / Zawody żydów	20 — 24 A : B	25 — 29 A : B	30 — 34 A : B	35 — 39 A : B	Ogółem A : B	%
I Robotnicy	2 16	11 17	7 7	2 3	22 43	51,2
II Rzemieślnicy . . .	9 114	25 47	20 25	17 18	71 204	34,8
IV Służba	4 12	2 4	2 2	2 3	10 21	47,6
V Handlowcy	1 37	7 27	11 14	6 6	25 84	29,7
VII Technicy	2 15	6 15	7 16	1 1	16 47	34
VIII Urzędnicy	1 32	9 23	13 13	8 9	31 77	39,8
Ogółem . . .	19 : 226	60 : 133	60 : 77	36 : 40	175 : 476	36,7
%	8,4	45,2	77,9	90		

A więc wczesne małżeństwa u żydów należą już tylko do wspomnień. Do 24 r. ż. jest ich zaledwo 8,4%, a w 40 r. ż. pozostaje jeszcze około 10% nieżonatych. Najwięcej żonatych wypada na robotników, najmniej na handlowców, podobnież jak i u polaków.

Trzymając się ogólnego wzoru mianownictwa chorób p/g Kom. Międzynarod. z 14/X.20, grupuję rozpoznania w 20 grupach, mianowicie: 1) ostre, zakaźne, 2) gruźlica, 3) weneryczne, 4) nowotwory, 5) gościec staw., 6) nerwowe, 7) narz. krążenia i krwi, 8) oddychania, 9) trawienia, 10) moczowe, 11) skóry, 12) ciąża, poród, poronienia, kobiece, 13) rozwojowe, 14) starość, 15) wyczerpanie, 16) urazy, 17) wole, 18) kości, ropnie, 19) otyłość, cukrzyca, 20) dna, 21) brak choroby.

Z tego zestawienia widzimy, że ostre choroby zakaźne wynoszą u polaków 9,1%, a u żydów 6,4% ogółu zachorowań. Są to najczęściej zapalenia migdałków; spotykam je przeważnie w brudnych, zakurzonych i zadymionych okolicach zwłaszcza w porze suchej. Z innych chorób zakaźnych spotykam kilka przypadków róży, krztuśca, odry, sporo ostrych zapaleń oskrzeli, tak chętnie nazywanych grypą.

Gruźlicę stwierdziłem u 4,3% polaków i 14,3% żydów. Statystyka m. st. Warszawy i Łodzi wskazuje na znacznie mniejszy współczynnik śmiertelności z gruźlicy wśród żydów, niż polaków, np. w 25 r. miał on wynosić w Warszawie wśród polaków 19,15%, polek 16,94% wszystkich zgonów, a wśród żydów tylko 11,76 i 9,81%, zaś w Łodzi polaków 21,1% i 18,54%, a u żydów 11,72 i 11,54%. Te liczby są zupełnie sprzeczne ze wszystkiemi mojemi dotychczasowemi badaniami, choćby z zestawieniami z 14,000 moich chorych z przychodni bezpłatnej , danemi poborowemi, przeprowadzoną przezemnie statystyką szpitalną w całej Polsce. Próbowano bronić tych mylnych liczb teoryjkami w rodzaju urbanizacji żydów, która miała im zapewnić większą odporność. Pisano też, że wielu żydów umiera w Otwocku i dlatego nie dostają się do statystyki Warszawy (?!). W pracy: Współczynnik śmiertelności w Warszawie i Łodzi (1928 r.) wskazuję te czynniki, między innemi ogromną umieralność żydów na zapalenie płuc i opon mózgowych. Pod ich osłoną ukrywa się niezawodnie dużo przypadków gruźlicy. Wprawdzie przebieg choroby może być łagodniejszy dzięki korzystniejszym warunkom pracy i większej zamożności, wstrzemięźliwości płciowej, mniejszemu nadużywaniu uży-

wek, jednak to może się odbić tylko na powolniejszym przebiegu choroby, na długowieczności, lecz nie zmniejszy liczby zgonów z gruźlicy.

W celu dokładniejszego wyjaśnienia sprawy grupuję gruźlików podług grup, wieku, stanu rodzinnego i zawodu (Tabl. IV):

TABLICA IV:.

Wiek — Zawód	Do 16	16—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	<50	Ogółem	%
		P	O		L		A	C	Y	
1. Robotnicy		1	1	1	1	1			5 : 125	
2. Rzemieśl.		1	2	3	1	1	2	1	11 : 413	2,6
3. 4. Służba		2	3	2	4	1	2		14 : 289	4,8
5. Handlowcy		1	1		2	1			4 : 85	4,7
7. Technicy		2	4	3			1		11 : 181	6,1
8. Urzędnicy			2	4	2	1	—	1	10 : 202	4,9
9. U rodziny	2	1							3 : 56	5,4
Ogółem	2	8	13	13	10	5	5	2	58 : 1350	4,3
		Ż		Y		D	Z		I	
1. Robot.			2						2 : 66	3,1
2. Rzemieśl.	1	7	23	2	4	2	3		42 : 274	15,4
4. Służba		2	2	2	1			1	8 : 37	21,6
5. Handlowcy		4	9	6	1	2			22 : 125	17,6
7. Technicy			2	1					3 : 60	5
8. Urzędnicy			7	3	2	1	1	2	16 : 110	14,5
9. U rodziny	1	6							7 : 28	25
Ogółem	2	19	45	14	8	5	4	3	100 : 701	14,3

Liczby nie są duże, jednak mają swą wymowę. Wśród polaków najwięcej gruźlików mamy techników, którzy nietylko pracują w kurzu, lecz i nadużywają wyskoku i tytuniu. Wśród żydów na pierwszem miejscu stoi młodzież, która jest w rzeczy samej krzywicowa, źle rozwinięta cieleśnie, źle odżywiana. Na 2-im miejscu stoi służba, a właściwie usługi osobiste: fryzjerzy, kelnerzy, woźni, gońcy i t. p. w dużej mierze niezdolni do cięższej pracy cielesnej. To samo dotyczy w dużej mierze handlowców. Wskazuje to na zły stan cielesny młodego pokolenia żydowskiego. Potwierdza to jeszcze jeden fakt, że z pośród 730 polaków w wieku od 20 do 34 odbyło powinność wojskową 415 (57,6%), a na 440 żydów tylko 62 (14%). Jest tô sprawdzian niedorozwoju cielesnego żydów; zaznaczał on się wyraźnie już przed wojną przy poborach i daje wdzięczny grunt do rozwoju gruźlicy.

Związki małżeńskie gruźlików zawierane są, jak następuje: z ogólnej liczby ich w grupach wieku jest żonatych

W i e k	20 — 24	24 — 29	30 — 34	35 — 39	40 — 49	<50	Ogółem	%
Polacy	4 : 13	8 : 13	8 : 10	2 : 5	5 : 5	1 : 2	28 : 48	58,3
Żydzi	2 : 45	2 : 14	8 : 8	3 : 5	3 : 4	3 : 3	21 : 79	26,6

Wygląda na to, że polacy gruźlicy żenią się wcześniej i chętniej, niż ogół mężczyzn (49,8%), a u żydów % ich jest mniejszy od przeciętnych (36%).

Choroby weneryczne spotykam tylko przypadkowo. Potwarzenie nas przed paru laty w prasie niemieckiej, jakoby połowa ludności naszej była dotknięta przymiotem, miało cele wybitnie polityczne.

Nowotwory wynoszą w moim materjale u polaków 0,4, u żydów 0,1%. Z nich jeden jest włókniak sutka u 14-letn. ucznia, 2) tłuszczak u 18-let. chłopca, 3) rak żołądka na tle wrzodu u 44-let. tkacza, wdowca, ożenionego w 22 r. ż., mającego 2 dzieci, nie palącego, nie pijącego i nie mającego chorób wenerycznych, 4) rak żołądka, krawiec 48 lat, żonaty 22, dzieci 3, zmarło 4, pali dużo, pije codzień od 18 r. ż., 5) rak przełyku, stróż 55 lat, żonaty 27, dzieci 4,

pali i pije nałogowo od 18 r. ż., 6) rak migdałków, rządca domu, żyd 67 lat, żonaty 44 lata, dzieci 6, nadużycia płciowe, pali i pije umiarkowanie. — A więc raki nie są zbyt częste, bo spotykam je wszystkiego 4 na 2051 chorych mężczyzn, czyli 40 razy rzadziej, niż gruźlicę. Zgadza się to z mojemi badaniami poprzedniemi.

Gościec stawowy spotykam przeciętnie w 2,2% u polaków i 2% u żydów. Stanowi on najczęściej następstwo zapalenia migdałków.

Choroby nerwowe wynoszą u polaków 20,6%, u żydów 24,7%. Są to w znacznej mierze nerwice, jako wyraz przepracowania, wysiłków, nadużyć, zawodów, niedostatecznego żywienia. Jeżeli wszakże zgrupować choroby nerwowe o charakterze organicznym, to okaże się, że jest ich bardzo dużo. Zestawiam je podług wieku w grupach: I Nerwobóle, II Wyczerpanie na tle samogwałtu, III Dusznica oskrzelowa, Basedow, migrena, IV Porażenia org. (Tabes d., hemiplegiae, alkoholizm, przymiot ukł. nerw., padaczka) (Tabl. V).

TABLICA V.

Grupy wieku	Poniż. 20	20 — 24	25 — 29	30 — 34	35 — 39	40 — 49	< 50	Ogółem
Ogół. nerwow. polak.	47	69	49	42	19	32	18	276
I Nerwobóle . . .	8	21	22	18	4	17	14	104
II Wycz. płciowe . .	5	5	2	2	1	1	—	16
III Dusznica	2	1	2	2		2	—	9
IV Organiczne cierp. .			2	6	2	7	1	18
Ogół polacy	15	27	28	28	7	27	15	147
% ogółu polsk. . . .	31,8	42%	49,2	66,7	36 8	84,3	82,2	53,2
Ogół. nerw. żydów . .	36	58	33	19	9	11	7	173
I Nerwobóle . . .	4	14	7	5	2	9	5	46
II Wycz. płciowe . .	7	11	3	3				24
III Dusznica	2	4	3	1				10
IV Organiczne . . .	1	1		1		1	1	5
Ogół. żydzi	14	30	13	10	2	10	6	85
% ogółu żydów . . .	38,8	51,7	39,4	52,6	22,2	90,1	85,7	49,1

Choroby nerwowe z podkładem organicznym, spotyka się u polaków aż w 53,2% chorób nerwowych a u żydów w 49,1. Odsetki te powiększają się dość znacznie z wiekiem. Najczęściej spotyka się rozmaite nerwobóle. Wyczerpanie płciowe daje najwięcej przypadków w okresie młodzieńczym a potem stopniowo ustępuje. Z cierpień organicznych spotykamy u polaków 9 przypadków wiądu i przymiotu ukł. nerw., 4 przyp. alkoholizmu, 3 padaczki i 1 porażenia połowiczne. U żydów mamy 2 przyp. tabesu, 1 przymiotu, 1 paraliż dziecięcy i 1 alkoholizm. W zestawieniu tych chorych z ich zawodami otrzymamy (Tabl. VI):

TABLICA VI.

Grupa chorych / Zawody	Polacy I	Polacy II	Polacy III	Polacy IV	Ogół	Na	%	Żydzi I	Żydzi II	Żydzi III	Żydzi IV	Ogół	Na	%
I Robotnicy	14	2		1	17	125	13.6	9	1			10	66	15,1
II Rzemieślnicy . . .	34	8		1	43	413	10,4	17	2	5	10	34	274	12,3
IV Służba	27	2	2	1	32	288	11,1			1	2	3	37	8,1
V Handlowcy. . . .	8	1		2	11	85	12.9	7		1	5	13	125	10,4
VII Technicy	12	2	3	7	24	181	13,2	6				6	60	10
VIII Urzędnicy	9	3	4	3	19	202	9,4	7	2	2	6	17	110	15,4
IX U rodzin				1	1	56	1,8			1	1	2	28	7,1
Razem . . .	104	18	9	16	147	1350	10.9	46	5	10	24	85	700	12,2

Choroby układu krążenia spotykamy u 3,9% polaków i 4,3% żydów. Są to przeważnie wady serca w wieku młodszym, i choroby mięśnia sercowego w wieku póź-

niejszym. Tętniaki aorty zanotowałem 4: 1) 41-letni ślusarz, żonaty 5 lat, ma 1 dziecko, kiły nie przechodził podobno, pali dużo od 20 r. ż., 2) 47-letni cukiernik, kawaler, lues w 25 r. ż., pali dużo od 22 r. ż., 3) 60-letni rzeźnik, żyd, żonaty 16 lat, nie przechodził luesu, ma 3 dzieci, pali dużo od 18 r. W wątpliwych przypadkach nie udało się zrobić próby Wassermana. Przypadków chorób krwi nie spostrzegałem. Nie rozpoznaję niedokrwistości bez odpowiednich badań krwi na podstawie jedynie bladego wyglądu.

Choroby narządów oddychania wynoszą u polaków 23,9%, a u żydów 16,3%. Są to przeważnie przemijające zapalenia oskrzeli, tchawicy, krtani i nosa. Mniejsza ich częstość u żydów zależy prawdopodobnie od korzystniejszych u nich warunków pracy, w mniejszym kurzu. Zapewne odgrywa też rolę mniejsze używanie tytuniu i wyskoku (P. d.).

Choroby przewodu pokarmowego wynoszą u polaków 21,7%, u żydów 17,4%. Najczęstsze są nieżyty przewlekłe żołądka. Rzadziej stosunkowo spotyka się nieżyt jelit grubych, jeszcze rzadziej cienkich. Najcięższe choroby spotykamy w następujących stosunkach: wrzód żołądka i dwunastnicy u polaków 13 (4,4%), u żydów 3 (2,4%), choroby wątroby 13 (4,4%) i 4 (3,3%), zapalenie wyrostka robacz. 19 (6,5%) i 10 (8,1%). Najwięcej tych chorób przypada na urzędników i techników, mianowicie u polaków 20 z 45.

Choroby narządów moczowych spotykamy u polaków w 2%, u żydów w 2,7%. Przeważają tu zapalenia miedniczek i pęcherza.

W szeregu innych chorób spotyka się wycieńczenie i ogólne wyczerpanie u 1,5% polaków i 1,3% żydów. Otyłość u 6 polaków i 2 żydów, pozatem wyłącznie u żydów mamy 4 przypadki cukrzycy.

Rzuciwszy raz jeszcze okiem na wykaz zachorowań, musimy stwierdzić, że są one w przeważającej liczbie przemijające, niezbyt ciężkie i kończą się prawie zawsze dość szybkiem wyzdrowieniem. W sumie cięższe przypadki nie przekroczą u polaków 10%, a u żydów 20% spostrzeżeń.

II. Życie płciowe mężczyzn. Używanie tytoniu i wyskoku.

Stykając się z ciężkiemi warunkami bytu, zadaje sobie nieraz pytanie lekarz, co trzyma ludzi przy życiu? Wzrasta stopniowo liczba samobójstw, dochodząc w miastach polskich ponad 100,000 mieszkańców do 2,2 na 10000 ludn., a to dało w 29 r. 705 na 42039 zgonów (1,7%), a w 30 r. 723 na 40478 (1,9%), a w całej Polsce doszło w 28 r. do 4313 zamachów samobójczych. Wśród zawiedzionych i wykolejonych, którzy w taki sposób chcą przerwać swe cierpienia, przeważają ludzie zdeklasowani, pokrzywdzeni. Brak tu prawie zupełnie przedstawicieli klas upośledzonych, którzy przywykli do swego nędznego bytu. Poza uwiedzionemi pannami, które nie chcą przeżyć swej hańby, spotyka się tylko pojedyńcze przypadki samobójstw ze względów materjalnych nawet wśród zupełnej nędzy. Co tych ludzi trzyma przy życiu? Najchętniej powołują się znawcy stosunków gromadzkich na względy religijne. Może istotnie odgrywają one rolę u kobiet. Ale u mężczyzn instynkt samozachowawczy prowadzi ich innemi tory. Głównemi czynnikami są tu właśnie życie płciowe i używki.

Badanie młodzieży w zakresie samogwałtu spotyka się nieraz z dużemi trudnościami. Jednak same oględziny lekarskie pozwalają często stwierdzić, że chłopiec się zapiera, a nawiązanie jego zaburzeń do nałogu stwarza odrazu prawdomówność. Nawiązuje to nawet nić zaufania do lekarza. Na tej drodze zdobyłem dość dokładne wiadomości o samogwałcie u młodzieży. Znacznie trudniej jest z dorosłymi, którzy najczęściej udają, że nie pamiętają. Tłomaczy to, dlaczego odsetek onanistów jest w omawianym materjale stosunkowo znacznie mniejszy, niż np. w zestawieniach, jakie zrobiłem u uczniów szkół średnich, powszechnych i u małoletnich przestępców. Ogół oddających się samogwałtowi 15,9% polaków i 21% żydów jest stanowczo za niski. Obliczenie onanistów w wieku poniżej 30 r. ż. daje nieco wyższe odsetki: 19,4 i 22,9, ale i to nie odpowiada zapewno rzeczywistości. To zdaje się jednak prawdopodobne, że samogwałt występuje naogół w wieku niezbyt wczesnym, stosunkowo rzadko poniżej 15 r. ż. Nałogowców w ścisłem słowa znaczeniu spotykam zaledwo 1,3 i 2,8.

Znacznie dokładniejsze dane dotyczą stosunków płciowych. Uwzględniam nadewszystko wiek ich rozpoczęcia i ich czę-

stość. Poniżej 17 r. ż. zaczyna je 9,3% polaków i 13% żydów.

Na wiek 17 i 18 r. ż. przypada 26,7%. Jest to bezwarunkowo przedwcześnie, ale stosunki odbywają się rzadko ze względów materjalnych. Niestety uzupełnia to sobie młodzież często jednoczesnym samogwałtem. Dotyczy to w pewnej mierze i następnego dwulecia. Po 20 r. ż. mamy jednak 23% i 15,9% młodzieży, która do tego czasu była wstrzemięźliwa. Wśród nich 15,2% i 8,3% zaczęło stosunki dopiero po zawarciu związków małżeńskich. Ta wstrzemięźliwość ciągnie się nieraz poza 30 r. ż. daje więc rękojmię wyrobienia woli i odporności. Przyjrzyjmy się im, nieco dokładniej, uwzględniając wiek zawarcia małżeństwa, liczbę potomstwa, zawód i stan zdrowia. (Tabl. VII).

Otóż na 62 polaków i 24 żydów stosunki układają się, jak następuje:

TABLICA VII.

Gr. wieku	Spostrz.	Lat poż. małżeńsk.	L. dzieci		Zawody chorych		
			żyw.	zmar.	I-IV	V	VII VIII
Polacy							
do 30 r.ż.	13	44	11	2	9		4
30 — 39	15	121	26	5	13		2
40 — 50	21	404	63	32	18		3
pow. 50	13	496	51	30	11	1	1
Żydzi							
do 30 r.ż.	9	26	9		6	2	1
30 — 39	10	77	28	1	8	1	1
40 — 50	4	73	9		2	1	1
pow. 50	1	52	8		1		

Z tego zestawienia wynika, że są to mężczyźni, którzy pożenili się przeważnie w bardzo młodym wieku przed 22 r. ż., pochodzą prawie wyłącznie z klas robotniczych i rzemieślniczych oraz służby, 2 jest wśród dnich inwalidów, 2 gruźlików. Liczba dzieci w tych rodzinach nie przekracza przeciętnych, podobnież jak sprawność płciowa. O wstrzemięźliwości płciowej trudno tu właściwie mówić, raczej o pomyślnem ułożeniu się warunków życiowych, które pozwoliły na wczesny ożenek. Nie przeszkadza to jednak temu, że 2 z tych uprzywilejowanych przechodziło w późniejszym wieku rzeżączkę.

Z zestawienia odsetków ogólnych wynika, że nie rozpoczęło stosunków 226 (16,1%) naszych chorych, a nie miewa stosunków 295 (21,8%). W pierwszym przypadku chodzi o młodzież, w drugim o mężczyzn i starców. Na 210 młodzieńców poniżej 20 r. ż. rozpoczęło stosunki 57 (27,1%) polaków, a na 142 żydów 45 (31,7%). Pomiędzy 20 — 24 r. ż. na 323 pol. żyje płciowo już 270 (w tem żonatych 48), czyli 83,8% pol. i 177 na 230 żyd., czyli 76,9%. Od 25 — 29 r. ż. mamy jeszcze 7 na 260 wstrzemięźliwych pol. i 10 na 133 żyd. Są to w połowie onaniści, niezdolni do stosunków płciowych. To samo dotyczy okresu 30 — 34 r. ż., gdzie wstrzemięźliwość jest 5 na 159 i 4 na 78. W następnych okresach zaczyna się już nieudolność płciowa, wzrastająca z wiekiem. Jednak nawet powyżej 60 r. ż. mamy jeszcze 30 na 77 pol. i 8 na 22 żydów, miewających stosunki po parę razy na miesiąc.

Wrażenie ogólne jest, że sprawa życia płciowego nie jest uregulowana. Jest to jedna z szeregu bolączek społecznych, nad któremi mozolą się od wieków narody o znacznie wyższej kulturze, wyzwolone z pojęć średniowiecznych, z przesądów. Małżeństwo nie jest tylko rozwiązaniem zagadnień płciowych, lecz czynnikiem bardzo złożonym, którego nie można traktować na sposób ludzi pierwotnych, jak to wskazałem w książce: „Dziecko“ w rozdziale: Nieślubne (1926 r.). Te nieszczęsne ofiary nieuregulowania stosunków społecznych, których prawa są ograniczone przez kodeks cywilny, głoszący w art. 305: „poszukiwanie ojcostwa jest zabronione...“, są poniekąd sprawdzianem fatalnego stanu rzeczy. Nieślubne wynoszą w Warszawie 8% noworodków, w Łodzi 6,5, w Poznaniu 16,7, w Krakowie 25,3%, jednak nie są to liczby zbyt wielkie: w Berlinie jest ich 15,9%, w Marsylji 17, w Rzymie 17,7, w Lipsku 18,9, w Kopenhadze 24,3, w Paryżu 26,5, Budapeszcie 27,4, Sztokholmie, tem wysokokulturalnem mieście, gdzie na ulicach nie spotyka się nierządu, 31,4%, w Wiedniu 31,7, w Pradze 43,8%. A więc nawet w państwach o wysokiej kulturze zagadnienie związków płci nie zostało uregulowane w taki sposób, by dać mu charakter jakiej takiej trwałości. Stosunki w Warszawie wyglądają wobec tego jeszcze znośnie.

Co się tyczy chorób wenerycznych, to rzeżączkę przechodziło 24,8% polaków i 16,6% żydów, przymiot 4% i 1,7%, szankra 2,6 i 0,4%. W porównaniu np. z ofi-

cerami armji rosyjskiej są to odsetki niskie, bo rzeżączkę przechodziło tam 69,7% rosjan i 56,3% polaków, a przymiot 28,3 i 22,4%. Pod względem wieku większość przypada na okres dojrzałości 20 — 25 r. ż., jednak i później spotyka się dość dużo zarażeń nawet wśród żonatych, a to jest sprawdzianem, że wczesny ożenek nie jest bezwzględnem rozwiązaniem zagadnienia płciowego i że postawienie go na właściwem miejscu w szeregu innych czynników życiowych ma znaczenie istotne.

W celu uwypuklenia społecznego znaczenia tej sprawy zestawiam chorych wenerycznych podług wieku i zawodów (Tabl. VIII):

TABLICA VIII.

Gr. wieku / Zawody	Rzeżączka I	II	IV	V	VII	VIII	Razem	Przymiot I	II	IV	V	VII	VIII	Razem	Szanker I	II	IV	V	VII	VIII
Polacy																				
>20 rż.	—	4	2	1	3	—	10	—	1					1		1		1	1	—
20—24	3	6	9	4	10	13	55		2			3	1	6	2	2		1	1	—
25—29	8	25	14	4	11	14	76	2	4	1		1		8	3	5			1	2
30—34	6	13	9	2	11	13	54	2	1	5	1	2		11	—	2	1		1	2
35—39	1	12	7	6	7	20	53	1	2	2	1	1	1	8		2				
40—49		17	8	6	10	10	51		4	2	2	1	4	13		1	1			1
<50	3	12	9	3	5	15	48		2	1	1		3	7		1	1	1	1	
Ogółem	21	99	58	26	57	85	346	5	16	11	5	8	9	54	5	14	3	3	5	5
% chor.	16,1	23,9	20	30,6	31,5	42,1	25,7	4	3,8	3,8	5,9	4,4	4,4	4	4	3,4	1	5,8	2,8	2,5
Żydzi																				
>20 rż.		2	3	1			6													
20—24	2	2	2	11	4	6	27		1					1		2				
25—29	4	14	3	10	7	7	45		3					3						1
30—34	1	3		1	4	6	15		2				3	5						
35—39	3	5		1	1	4	14													
40—49	2	1		3		3	9						1	1						
<50	1		4	1		3	9		1				1	2						
Ogółem	13	27	12	28	16	29	125		7				5	12		2				1
% chor.	19,7	9,9	32,4	22;4	26,7	26,4	17,8	—	2,5				4,5	1,7		0,7				0,9

Zestawienie powyższe różni się w grupie chorych na rzerzączkę od Tabl. I, ponieważ obejmuje zachorowania, a nie chorych, którzy nieraz zapadali parokrotnie. Różnice są niewielkie, a dotyczą przedewszystkiem ludzi bezżennych. Na rozpatrzenie zasługuje przedewszystkiem % chorych w poszczególnych grupach zawodowych, czyli stosunek L. chorych do L. pracowników danego zawodu. Jest uderzające, że *najwyższe odsetki przypadają na pracowników umysłowych,* bo rzeżączka dochodzi wśród urzędników do 42,1% i 26,4%, wśród techników do 31,5 i 26,7%, handlowców do 30,6 i 22,4%, gdy u zawodów, pracujących cieleśnie odsetki są znacznie niższe. Wyjątek stanowią tylko gr. IV u żydów, gdzie mamy najwyższy odsetek 32,4%. Są to przeważnie fryzjerzy i kelnerzy. Mniej wyraźnie zaznacza się to samo przy przymiocie i szankrze, ale liczby spostrzeżeń są tu dość małe. Wartoby to sprawdzić na większym materjale. Wenerolodzy mieliby tu wdzięczne pole do zestawień.

Szerzenie się chorób wenerycznych nie przybiera jeszcze zastraszających rozmiarów.

Zestawię liczby dzieci żywych, zmarłych i poronionych w małżeństwach, gdzie ojciec chorował na rzeżączkę, lub przymiot przed zawarciem małżeństwa. Ma to miejsce u polaków co do rzeż. 169 (26,9%) i co do przym. 32 (5,1%), a u żydów 46 (18,7) i 3 (1,2). Podług okresów wieku otrzymujemy: (Tabl. IX):

Ogółem więc mamy bezpłodnych małżeństw w przypadkach rzeżączki u polaków 51 na 169 (30,2%) a w przymiocie 7 na 32 (21,9%), u żydów zaś 11 na 46 (24,9%). Na 117 rodzin dzietnych przypada 222 dzieci żyjących (1,9 na rodzinę), 122 zmarłe i 9 poronień, czyli nie o wiele mniej, niż przeciętnie. U żydów 73 żywe,

TABLICA IX.

Wiek	POLACY						ŻYDZI				
	Rzeżączka			Przymiot			Rzeżączka			Przymiot	
	>25 rż	25 — 44	< 44	> 25	25 — 44	< 44	> 25	25 < 44	< 44	25 — 44	< 44
Dzieci żyw. .	6	123	93	—	18	10	6	38	29	2	1
Zmarłych . .	2	75	45	—	7	7	—	6	5	—	—
Poronień . .	—	7	2	—	3	2	1	1	—	—	—
Bezpłod. . .	2	43	6	—	4	3	1	9	1	—	—
Na małż. . .	9	119	41	—	22	10	5	32	9	2	1

11 zmarłych i 2 poronienia na 35 rodzin, w których mąż przechodził rzeżączkę. A więc choroba ta nie pozostawia w 70% zgórą następstwa niepłodności. Przy kile spotykamy ją w 7 przypadkach na 32 (21,9%), jednak 29 dzieci żywych, 14 zmarłych i 5 poronień na 25 rodzin. Czy to potomstwo jest obarczone nie wiem, jednak nie ulega wątpliwości, że klapa bezpieczeństwa w postaci bezpłodności przy przymiocie działa słabo i że przynajmniej część tych dzieci wchodzi w życie jako upośledzone pod względem zdrowia.

Przechodzę do zagadnienia używek. Nie będę mówił o szkodliwości tytoniu i wyskoku, zwłaszcza w wieku młodzieńczym. Zaznaczę tylko jedno, że utrata odczuwania znużenia, jaką one sprowadzają i za co są tak cenione, prowadzi do nadwyrężenia żelaznego kapitału ustroju i zachwiania jego budżetu. Nikt z własnego popędu nie stał się palaczem ani zwolennikiem wyskoku. Te używki o niemiłym smaku są narzucane każdemu młodemu pokoleniu. Młodzież musi się nałamywać do ich stosowania. Dopiero po tem przymusowem szkoleniu stają się te używki nieodzownemi.

Ma wielkie znaczenie sprawa wieku, kiedy zaczęto stosować te używki i ilość oraz częstość ich używania. Grupuję mój materjał, jak w pracach poprzednich, co do wieku w 4 grupy: poniżej 15 r. ż., 15 — 18, 19 — 21 i powyżej 21. Ilość określam na liczbę wypalanych papierów: 1) do 10 dziennie, czyli 1 papieros co 1½ godziny, 2) — do 20 papierosów, czyli co 3 kwadranse i 3) — powyżej 20. Co się tyczy używania wódki, to dzielę pijących na 3 grupy: 1) odświętnie, 2) parę razy na tydzień i 3) codzień.

W moim materjale 343 (25,5%) polaków i 345 (49,1%) żydów nie pali, lub przestało palić. Są to odsetki nieprawdopodobnie wielkie. Zwłaszcza młodsze pokolenie wykazuje w wyższym stopniu tę wstrzemięźliwość. Nie można kłaść jej na karb uświadomienia, lecz raczej warunków materjalnych. Co do wieku rozpoczęcia palenia wypada na okres poniżej 15 r. ż. 11,7% polaków i 12,4% żydów. Największy % zaczynających palić przypada na okres od 15 — 18 r. ż. Pozostaje to w łączności z budzącemi się popędami płciowemi, które podług zapewnień wielu młodzieńców mają być hamowane przez tytuń. Jest to jednak tylko złudzenie: najwyżej można powiedzieć, że młodzian czuje się bardziej zadowolony, korzystając z jakiejś używki, niż będąc pozbawiony wszystkich. Pomiędzy 19 a 21 r. ż. zaczynają palić przedewszystkiem ci, którzy zaczęli samoistnie zarobkować. Powyżej 21 r. ż. zaczęło palić dużo młodzieży po wstąpieniu do wojska.

Większość pali umiarkowanie, zwłaszcza wśród żydów. Zapewne stanowi o tem przedewszystkiem stan zamożności, bo 14,4 procent polaków i 7,2% żydów, palących najwięcej, należą prawie wyłącznie do klas i zawodów najlepiej uposażonych.

Podobnież wygląda w naszym materjale sprawa używania wódki. Pije 75% polaków i 44,3% żydów. Przed 15 r. ż. zaczęło pić zaledwo 5,9% i 3,7%, czyli znacznie mniej, niż wśród oficerów rosyjskich, a zwłaszcza małoletnich przestępców. Największe odsetki przypadają na wiek od 15 do 18 lat. Zwłaszcza uroczystości rodzinne i święta rytualne mają na sumieniu przyszłych pijaków. Po 21 r. ż. zaczyna pić zaledwo 4,6 pol. i 0,3 żydów.

Odświętnie pijących mamy 57,7% i 37,8%, często 13% i 4,8%, nałogowo 4,3% i 1,7%. Sprawa przedstawia się więc nieźle. Jednak i tu wpływ wywiera przedewszystkiem zamożność. Pamiętamy czasy inflacji, kiedy położenie robotnika było korzystniejsze, niż pracowników umysłowych: pijaństwo przybierało wówczas za-

straszające rozmiary. Rozumna propaganda może dać tu doskonałe wyniki. Gdy przed 30 laty odmawiałem w Szwecji użycia napojów wyskokowych, uważano mnie za barbarzyńcę. Ale już po 10 latach działalność T-w wstrzemięźliwości wykasowała wyskok z jadłodajni. I w Polsce da się to przeprowadzić, byle nie w drodze niewykonywania ustaw. Budżet robotnika podług Rocznika statystycznego wykazuje w 1928 r. 1,7% wydatków na wyskok i 2,4% na tytuń, w dodatku pozycje te rosną w miarę lepszych zarobków. Niema więc obawy, aby tych nałogów nie udało się opanować.

(C. d. n.).

Redakcja otrzymała od D-ra W. Knappego list następujący:

BARBARZYŃSKI KONKURS DENTYSTYCZNY.

„Fédération dentaire internationale" w Ameryce ogłosiła konkurs na najlepszą metodę leczenia zębów. Nagroda 1000 dolarów. Warunki konkursu:

„Ubiegający się o nagrodę mają przynajmniej u dwóch psów w wieku 1—2 lat w szeregu zębów u góry i u dołu usunąć nerwy i zakazić kanały zarazkiem ropotwórczym (streptokokiem), uzyskanym z zębów ludzkich, poczem zęby mają być zaplombowane. Górne zęby pozostają bez leczenia, dolne zęby mają być leczone po 3 miesiącach. Po upływie 1½ roku zwierzęta mają być uśmiercone i zęby ich poddane badaniu".

Niemieckie pismo dentystyczne „Zahnärztliche Rundschau" Nr. 48 podaje ten konkurs do wiadomości bez komentarzy.

Chodzi więc znowuż o doświadczenia na zwierzętach, tym razem w zakresie dentystyki. Wiwisekcja chce się wedrzeć w nową dziedzinę nauk lekarskich i to w okresie, kiedy we wszystkich krajach cywilizowanych rozlegają się coraz głośniejsze protesty przeciwko tej metodzie badań lekarskich i biologicznych, nietylko ze strony laików, ale i ze strony fachowych, poważnych badaczy nauk lekarskich.

Widocznie przeciwnicy wiwisekcji za słabo jeszcze zaakcentowali swoje stanowisko w potępianiu nieludzkich eksperymentów na bezbronnych zwierzętach i za mało piętnują niegodziwość samych eksperymentatorów, jeżeli ci, nietylko nie zaprzestają swoich praktyk, ale zachęcają do nich innych, nieuświadomionych lekarzy, nęcąc ich wysoką nagrodą pieniężną, t. j. grając na najniższych instynktach — chciwości pieniędzy.

Wiadomo już, że głównym motorem okrutnych metod wiwisekcyjnych jest — nie dobro ludzkości a chęć zaimponowania bezkrytycznemu światu, zyskania rozgłosu i pozyskania pieniędzy. Należy z tem nareszcie zrobić ład i porządek w medycynie.

Medycyna nie jest i nie może być czemś w rodzaju terenu wyścigów konnych, lub areny walki byków; lekarz nie jest championem, zyskującym poklask bezmyślnych mas i nagrody — lecz człowiekiem mającym służyć za wzór humanitarności.

Ratowanie od śmierci, zwalczanie cierpień, uśmierzanie bólów wszystkich jestestw żyjących, nietylko ludzi, to jest zadanie lekarza. Kto zaś, zamiast spełniania tych obowiązków, zajmuje się zadawaniem najokrutniejszych, nieopisanych cierpień zwierzętom, ten na miano „lekarza" nie zasługuje i należy mu się ogólne potępienie.

Doświadczenia z zębami, na które mają być narażone psy, zgodnie z warunkami konkursu, ogłoszonego przez Fédération Dentaire, są jedne z najokrutniejszych, na jakie perwersyjny umysł ludzki w sadyzmie swoim zdobyć się może. Czyż jest kto taki na świecie, ktoby nie wiedział czem jest ból jednego zęba? A tu mają być sztucznie wywołane psom zapalenia korzeni zębowych u góry i u dołu; jedne z tych zębów mają być leczone, drugie pozostawione bez leczenia. Proszę sobie uświadomić męczarnie tych psów przy świdrowaniu, wyrywaniu nerwów, zakażaniu ich kanałów zębowych, ich pożałowania godny stan, spowodowany tem zakażeniem i ponowne męczarnie przy leczeniu tych zębów; do tego dochodzi głód wskutek niemożności przyjmowania pokarmów przy silnym stanie zapalnym zębów.

Wstyd nam jest takiej medycyny, która traci swą świetlistą aureolę jaką mieć powinna, i w imię etyki i honoru medycyny zakładamy publiczny protest.

Niżej podpisany oświadcza, że będzie uważać każdego lekarza lub dentystę, który weźmie udział w tym konkursie, za człowieka wyzutego z uczuć etycznych i humanitarnych, niegodnego noszenia tytułu lekarza i zaliczania się do korporacji lekarskiej. Wszyscy uczestnicy konkursu winni być z imienia i nazwiska piętnowani w pismach lekarskich i publicznych.

Zwracamy się jednocześnie do wszystkich organizacji lekarskich i dentystycznych, do wszystkich głębiej myślących obywateli, ażeby przez jaknajgłośniejszy protest zapobiegli temu pohańbieniu medycyny, na które ją narazi konkurs, ogłoszony przez Fédération Dentaire.

Dr. W. Knappe.

Samuel Hahnemann.

PODAŁ
LEON ZAMENHOF.

W dobie obecnej, kiedy odbywa się wielkie przewartościowanie wszelakich prądów w medycynie, kiedy w poszukiwaniu dróg właściwych medycyna gotowa jest nawet nawrócić się na hasła dawno już zarzucone, kiedy rozlega się nawet nawoływanie do powrotu do *Hippokratesa*, warto nieco zastanowić się nad jednym kierunkiem, tak niedawno zupełnie przez medycynę odrzuconym, a dziś coraz więcej odzyskującym prawo obywatelstwa. Mowa tu o *homeopatji*. Dziś poprzez pryzmat całego stulecia ocena jej musi być spokojniejsza i więcej rzeczowa.

Aby zrozumieć genezę homeopatji, należy zapoznać się z chaotycznemi poglądami 17 i 18-go wieku na nozologję. Na chorobę zapatrywano się wciąż jeszcze z punktu widzenia ontologicznego. Traktowano ją jako jednostkę indywidualną, jako pojęcie rzeczowe, coś w rodzaju złej siły, czy też ducha z okresu średniowiecza. Zwolennikiem tej teorji indywidualistycznej był słynny *K. W. Stark*, który dopuszczał nawet możliwość przeobrażenia się człowieka w chorobie w różne gatunki tworów, jak ptaki, ryby, pasorzyty i t. p. Taki chaos w nozologji, oczywiście, musiał wywołać ze strony umysłów o szerszym poglądzie — dążenie do szukania nowych prawd.

Jednym z takich rewolucyjnych umysłów, zrażonych jałowością dogmatyki ówczesnej nauki lekarskiej i jej chaotycznej terapji był *Samuel Hahnemann* z Meissen (1755 — 1843), syn niezamożnego rysownika na porcelanie w miejscowej fabryce. Po ukończeniu medycyny w Erlangen nie miał powodzenia jako lekarz praktyk i uzupełniał sobie zarobki pracą literacką. Tłumacząc pewnego razu dzieło Edynburskiego profesora *Cullena* pod tytułem: „Materia medica", zwrócił uwagę na działanie kory chinowej i zaczął badać jej wpływ na swój organizm. Wyniki, do których doszedł, był punktem wyjścia jego „teorji podobieństwa". Nie wszyscy historycy przyznają pierwszeństwo tego odkrycia *Hahnemannowi*. Niektórzy widzą początek tej teorji jeszcze w słynnej szkole Knidskiej z czasów *Hippokratesa*, inni u *Paracelsa, Cardana, Tycho de Brahe*. Gdyby istotnie tak było, dowodziłoby to tylko większej racjonalności podstaw tej teorji, której bliższe opracowanie bezsprzecznie jest zasługą *Hahnemanna*.

Teorja Meisseńskiego reformatora polegała na dwuch głównych podstawach: izoterapji i drobinowem dawkowaniu. Do tej ostatniej zasady doszedł *Hahnemann* na podstawie nietylko teoretycznych rozważań, lecz i doświadczeń klinicznych. Zauważywszy, mianowicie, że zwykłe dawki kliniczne wywołują zaburzenia chorobowe i są szkodliwe dla organizmu, zaczął szukać dawek nieszkodliwych i, zmniejszając je stopniowo, doszedł do swych słynnych nieraz miljonowych rozcieńczeń. Aby umotywować to postępowanie, *H.* stworzył nową teorję farmakodynamiczną, według której lekarstwa miały należeć do rodzaju zaczynów, wywołujących fermentację już w najmniejszych ilościach.

Teorja ta, z punktu widzenia nowoczesnej biochemji mało przekonywująca, w owym czasie musiała zdumiewać swoją pomysłowością. Nie należy więc dziwić się, że *Hahnemann* znalazł licznych zwolenników. Gdyby ten, bądź co bądź, wielki heretyk reformator poprzestał jedynie na tych głównych podstawach swej nauki, niezawodnie przeszedłby nawet chlubnie do dziejów medycyny, jako mąż nietylko wybitny, lecz nawet genjalny. Niestety, *Hahnemann*, olśniony swem odkryciem, posunął się zbyt daleko — niemal do abnegacji wszystkich najważniejszych zdobyczy medycyny. Wychodząc z założenia, że rozpoznanie istoty choroby jest niemożliwe, ogłosił djagnostykę jako zupełnie zbędną i wprowadził terapję wyłącznie objawową, nie uznającą ani anatomji, ani fizjologji. Tu *Hahnemann* przeciągnął strunę i prze-

kreślił całą dotychczasową wartość swej nauki. Okrzyczano go wkrótce odszczepieńcem, szarlatanem. Allopatja odgrodziła się od niego murem izolacyjnym, i nauka *Hahnemanna* przeszła w ręce tych, którzy w nihiliźmie medycyny widzieli najprostszy i najrentowniejszy sposób uprawiania zawodu lekarskiego. A szkoda wielka, gdyż, odrzucając plewy, wraz z niem wyrzuciliśmy również dużo zdrowego ziarna. Dumna arystokratyczna allopatja lekceważąco traktuje wszystko, co ma jakikolwiek związek z homeopatją, dufna w swoją nieomylność. Życie jednak wykazało, że zbytnią pewnością siebie narażaliśmy się nieraz na przykrą kompromitację. Ostatnie lata naszego postępu naprzód zaznaczyły się tu i owdzie wstydliwym nawrotem nietylko do „prawa podobieństwa", lecz i do homeopatycznych dawek, tak sarkastycznie ośmieszonych przez *Henryka Heinego*. Nowoczesne pojęcie o uodpornianiu oraz działaniu najsłabszych podniet, o których głosi prawo Schultz-Arndta, zrehabilitowały w dużym stopniu wyszydzoną przez legalną naukę teorję *Hahnemannowską*.

Był to bezsprzeczny błąd ze strony allopatji, że nie wyłuskała w swoim czasie zdrowych ziaren z nauki homeopatycznej, naraziwszy je dziś na wypaczenie w rękach tych, którzy na homeopatję patrzą z punktu widzenia, nie mającego nic wspólnego z postulatami czystej wiedzy lekarskiej.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Znaczenie badań laboratoryjnych w rozpoznawaniu natury gruźliczej gośćca. (Les données fournies par le laboratoire dans le diagnostic de la nature tuberculeuse d'un rheumatisme). G. de C h a m a l e i l l e s.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295, 1932.

Jednym z pierwszych dowodów gruźliczego pochodzenia gośćca były wyniki badań doświadczalnych, które wykazały, że można otrzymać u zwierząt po wstrzyknięciu kultur laseczników lub ich toksyn (świnki morskie, króliki lub psy) zmiany stawowe zupełnie podobne do gruźlicy stawów u człowieka.

Zastosowanie odczynu tuberkulinowego w sprawach reumatycznych podejrzanego pochodzenia daje bardzo różne wyniki i jest różnie interpretowane. Tuberkulinę stosuje się śródskórnie, podskórnie, doskórnie. Przy zastosowaniu odczynu podskórnego u chorych, nie mających klinicznie widocznych zmian gruźliczych, a cierpiących na ostre lub przewlekłe sprawy stawowe nieokreślonego pochodzenia wystąpienie po pierwszem wstrzyknięciu tuberkuliny odczynu bardzo wyraźnego z podwyższeniem ciepłoty przynajmniej o 1° pozwala przypuszczać, że sprawa jest pochodzenia gruźliczego. To samo odnosi się do oceny odczynu przy zastosowaniu skórnem i śródskórnem tuberkuliny. Przy tej ostatniej reakcji zjawia się często odczyn ogniskowy szczególnie, jeżeli wstrzyknięcie wykonane było w sąsiedztwie chorych stawów. Odczyn śródskórny może mieć i znaczenie dla rokowania, gdyż staje się on słabszym w sąsiedztwie najsilniej zajętych stawów. Chorzy cierpiący na gościec gruźliczego pochodzenia mają szczególnie dużą wrażliwość stawową w stosunku do tuberkuliny, gdyż po jej zastosowaniu występują znaczne odczyny ze strony chorych stawów w połączeniu z ożywieniem się objawów ogólnych.

Z pośród badań krwi wysuwa się na pierwsze miejsce tak dla swego znaczenia praktycznego, jak i z powodu prostoty techniki i łatwości interpretacji odczyn opadania krwinek. Przyspieszenie opadania krwinek nie jest wprawdzie specyficzne dla gośćca pochodzenia gruźliczego, spotyka się ono bowiem we wszystkich zapalnych sprawach stawowych niezależnie od ich pochodzenia. To też wystąpienie tego objawu nie tyle posiada znaczenie dla postawienia rozpoznania, ile dla oceny przebiegu cierpienia i dla rokowania. Stopień opadania krwinek odpowiada naogół stanowi stawów; nie można mówić o wyleczeniu stawów, jak długo opadanie krwinek jest przyspieszone. Wyniki opadania krwinek idą naogół równolegle do próby skłaczania, pierwsza próba jest jednakże prostsza i dokładniejsza.

Zdjęcia rentgenologiczne nie mają wielkiego znaczenia dla rozpoznania reumatyzmu gruźliczego, gdyż zmiany stawowe są naogół podobne do siebie niezależnie od etiologji, umiejscowienia i przebiegu sprawy stawowej.

Badanie płynu stawowego może w znacznej mierze ułatwić rozpoznanie. Płyn ten naogół niezbyt obfity jest przejrzysty, jasno żółty, zawiera dużo włóknika, rzadko kiedy zawiera prątki Kocha. Największe znaczenie dla rozpoznania gruźliczej natury cierpienia stawowego posiada badanie biologiczne płynu przez zaszczepienie go śwince morskiej. Wyniki tego badania były do niedawna źle oceniane, gdyż nie znano dokładnie gruźlicy świnki morskiej, która może przebiegać i w formie gruźlicy gruczołowej znacznie złagodzonej. Poza tem używa się do szczepień i krwi chorych (5 cm³). Wyniki tego szczepienia choć mniej stałe, mogą być bardzo cenne, jeżeli dowiodą, że we krwi chorych reumatycznych znajdują się laseczniki. Należy więc we wszystkich przypadkach podejrzanych używać do próby biologicznej wysięku stawowego i krwi chorych. Posiewy krwi według metody Loewensteina i Reittera, którzy znaleźli prątki Kocha w znacznej ilości przypadków ostrego gośćca stawowego, wywołały bardzo ożywioną dyskusję. Następne badania nie potwierdziły jednak całkowicie wyników Lowensteina, którego metoda nie ma obecnie bezpośredniego znaczenia dla kliniki, natomiast jest cenną dla klinicznego i doświadczalnego badania bakterjemji gruźliczej.

Poncet i jego szkoła, wysuwając rozpoznanie gośćca gruźliczego, nie ograniczyli się do postawienia hipotezy klinicznej, ale starali się oprzeć swe twierdzenie na metodach laboratoryjnych, wykazując dodatni wynik szczepienia płynu stawowego u świnki morskiej, znaczenie aglutynacji, badań radiologicznych i t. d.

Wskazania lecznicze w gośćcu gruźliczym. (Les indications thérapeutiques dans les rhumatismes tuberculeux). R a v a u l t, T h i e r s, C e c c a l d i.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Wskazania lecznicze w przebiegu wszystkich spraw gośćcowych mają naogół charakter niepewny, empiryczny co zrozumiałem jest, jeżeli się uwzględni nietylko złożoną patogenezę spraw gośćcowych, ale i trudności w określeniu etiologji i różnorodność przebiegu. Leczenie klimatyczne w przebiegu wszystkich spraw gośćcowych posiada duże znaczenie. Naogół wskazany jest klimat suchy w miejscowościach zakrytych na niewielkich wysokościach, klimat wysokogórski sprzyjać może zaostrzeniom cierpienia. Odżywianie powinno być urozmaicone i obfite. Ograniczenia tak często stosowane z obawy przed artretyzmem są szkodliwe, szczególnie w przypadkach gośćca na tle gruźliczem. Obojętnem jest wtedy czy pokarmy zawiera-

ją dużo purynów czy cholesteryny. Chorzy powinni się odżywiać dobrze, żeby się wzmocnić; szczególniej w przypadkach podejrzanych o etiologję gruźliczą ma to wielkie znaczenie.

Ze stosowanych środków leczniczych największą rolę odgrywa salicylat sodu. Działa on głównie w przypadkach ostrych gośćca, w przypadkach podostrych i przewlekłych działanie jego jest mniej wyraźne, ale i tam uśmierza on czasami bóle. W stanach ostrych czasami nie wywiera on swego swoistego działania jednakże ze sposobu skutkowania salicylu nie można wnioskować o naturze gruźliczej lub reumatycznej cierpienia, gdyż działa on uśmierzająco na ból i w przypadkach reumatyzmu gruźliczego. W stanach podejrzanych o ten ostatni nie należy podawać jodków, ani koloidalnych siarek, gdyż mogą one pobudzić drzemiącą sprawę gruźliczą, natomiast koloidalne połączenia- jodu- mają- działanie dodatnie. Wy ciągi tarczycy mogą działać szkodliwie, podobnie jak i środki radioaktywne np. mesothorium. Preparaty arszenikowe można dawać tylko w stanach bezgorączkowych. Szczególnie korzystnie mają działać w przebiegu reumatyzmu gruźliczego preparaty złota, które stosuje się w formach ostrych, a także w formach przewlekłych o podostrych nawrotach. Leczenie tuberkuliną, może być pożyteczne.

Metodę Paula, zalecaną w przypadkach gośćca pochodzenia zapalnego, można ostrożnie i powoli dawkując, stosować także i w sprawach stawowych o etiologji gruźliczej,jeżeli nie są powikłane czynną lub przebytą gruźlicą płuc. Metoda Ponndorfa działać ma poza reumatyzmem i w przypadkach nie mających nic wspólnego z gruźlicą, jej działanie jest szczególnie dodatnie, jeżeli wywołuje żywą ogólną i miejscową reakcję. Za specyficznością tej metody przemawiać ma fakt że wywołuje ona często odczyn miejscowy, jednakże przeczy temu hypoteza *Duverneya*, który twierdzi, że reumatycy są uczuleni na działanie różnych niespecyficznych bodźców, na które reagują zmianami stawowemi. Przy leczeniu tuberkulinowem należy pamiętać, że w przypadkach gośćca na tle gruźlicy spotkać się można z wielką wrażliwością w stosunku do tuberkuliny, która uniemożliwić może jej stosowanie.

Ciepło w postaci diatermji jest pożyteczne w formach bolesnych albo tam gdzie proces gruźliczy jest słaby, mało ewolucyjny. Jednakże ta metoda lecznicza nie zawsze jest pewna, gdyż odczyn, który wywołuje obudzić może utajone, nieczynne ogniska stawowe i okołostawowe. Niezmiernie pożyteczne promienie ulrafioletowe muszą być także stosowane pod kontrolą ciepłoty i stanu płuc.

Z miejscowości kuracyjnych we Francji szczególnie wskazane są Aix, Dax, Bourbon — Lancy. Ostatnie szczególnie odpowiednie dla osób nerwowych, ozdrowieńców po stanach ostrych, Aix dla chorych, wymagających leczenia mechanicznego, Dax dla osób z daleko posuniętemi zmianami stawowemi, dla których szczególnie pożądane jest działanie błot ciepłych. Leczenie gośćca pochodzenia gruźliczego jest więc różne zależnie od jego przebiegu. W przypadkach ostrych stosować należy systematycznie i w dawkach wystarczających salicyl.
W przypadkach bólów stawowych bez wyraźnych zmian klinicznych i radiologicznych otrzymuje się dobre wyniki leczeniem tuberkulinowem i złotem. W przypadkach gośćca przewlekłego, zniekształcającego, złoto, tuberkulina, szczepionki Ponndorfa, Paula działają dodatnio, preparaty złota szczególnie w przypadkach cięższych i częstszych zaostrzeniach, tuberkulina raczej w przypadkach o przebiegu stałym lub postępowym, jednak bez większych nawrotów. Nadwrażliwość tych chorych nakazuje ostrożność i dozór lekarski w czasie leczenia w którym szczególny nacisk należy położyć na warunki higjeniczne życia i dobre odżywianie chorych.

Rozważania kliniczne nad ostrym, gruźliczym gośćcem stawowym. (Considérations cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux). A. Pic et P. Delore.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295, 1932.

Autorzy stwierdzają, że w obecnym stanie należy odróżnić chorobę reumatyczną t. j. cierpienie o niejasnej etjologji od kompleksu objawów ostrego gośćca stawowego, mogącego mieć przyczyny różne, w pierwszej linji gruźlicę i zakażenie gonokokkowe. Według tego pojęcia choroba reumatyczna jest cierpieniem o rozwoju przewlekłym, przerywanym zaostrzeniami stawowemi. Ewolucja biologiczna zarazka reumatycznego podobna jest do rozwoju laseczników gruźliczych i spirochet. Zaostrzenia reumatyzmu są tylko wyrazem utajonego stanu chronicznego. Ten rodzaj przebiegu, jak też charakter zapalny zaostrzeń stawowych a wreszcie występowanie jednego i drugiego cierpienia stawowego w wieku młodym od 15 — 30 roku czyni, iż trudno jest odróżnić chorobę reumatyczną od ostrego reumatyzmu gruźliczego. Często stwierdzić można rozwój ostrego gośćca u osób z przeszłością gruźliczą i odwrotnie gruźlicę u osób, które przeszły sprawę gośćcową. Jednak wobec częstości jednego i drugiego cierpienia podobnym faktom nie można przypisywać większego znaczenia.

Natomiast w przypadkach gdzie sprawa reumatyczna i gruźlica występuje równocześnie albo też następują po sobie w bardzo małych odstępach czasu nasuwa się myśl, że istnieje związek między jednem a drugiem cierpieniem. Ostry gościec stawowy, robiący wrażenie cierpienia samoistnego poprzedza czasami gruźlicę. Może być on wczesnym jej objawem, spostrzeganym jednak rzadko w przebiegu wyraźnej gruźlicy. Chorzy tacy zostają przyjęci do szpitala jako reumatycy, w dalszym ciągu jednak cierpienie rozwija się jako gruźlica, która może usadowić się w jednym z chorych stawów ale może także wystąpić się i w innych narządach, w kręgosłupie, w oponach mózgowych, w płucach, w opłucnej i w osierdziu. Z dotychczasowych spostrzeżeń widać, że, wszystkie charakterystyczne cechy ostrego gośćca stawowego (początkowa angina, wysoka ciepłota, poty, bóle stawowe, zajęcie dużych i małych stawów) nawet nadczynność tarczycy mogą wystąpić w przebiegu ostrego gośćca pochodzenia gruźliczego.

Nawet stwierdzenie zmian sercowych, wad serca, spraw osierdzia nie posiada znaczenia decydującego, gdyż mogą one wystąpić i w przebiegu ostrego gośćca pochodzenia gruźliczego. Charakter wysięków opłócnowych również nie jest ani charakterystyczny, ani decydujący. Wysięki reu-

matyczne, które naogół są mało obfite, szybko mijają, nie tworzą zrostów, czasami miewają skłonność do tworzenia zrostów, występują powoli i trwają długo, czasami mają charakter krwawy, w innych przypadkach znowu poprzedzają objawy stawowe lub też objawy płucne stoją nawet na pierwszem miejscu, tak iż narzuca się myśl o gruźlicy. Pozatem i działanie salicylu nie zawsze jest charakterystyczne, gdyż bywają przypadki, że nie działa on na typowe wysięki reumatyczne, a wywołuje stały spadek ciepłoty w wysięku opłucnowym niewątpliwie gruźliczym. W innych znowu przypadkach typowe gruźlicze wysięki opłucnowe występują w przebiegu ostrego reumatyzmu stawowego. Dla stwierdzenia charakteru wysięków niewystarcza nawet badanie fizykochemiczne biologiczne i cytologiczne, gdyż cytologiczny charakter pewnych wysięków gruźliczych może się zbliżać do wysięków reumatycznych. Dotychczas przypuszczano, że lecznicze działanie salicylatu sodu pozwoli odróżnić samoistny gościec stawowy od gruźliczego, ale nowsze badania zdają się stwierdzać, że działanie tego środka nie ma charakteru specyficznego. Działa on głównie i tem silniej im bardziej ostre, gorączkowe, zapalne, i wielostawowe jest cierpienie, działa głównie przeciwbólowo i przeciwzapalnie, ale nie chroni ani od powikłań gośćcowych, ani od jego nawrotów, ani nie zapewnia istotnego wyleczenia.

W stosunku do antipyryny podawanej w dawkach od 2 — 5 gr. dziennie ma on mieć większe działanie objawowe, nie specyficzne. Wprawdzie w sprawach stawowych gruźliczych salicylat sodu nie działa tak wyraźnie jak w ostrym gośćcu stawowym, jednak i w tych przypadkach zachowuje on często swe działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, działa czasami w ten sposób i na sprawy reumatyczne innego pochodzenia gonokokkowe) i z tego też względu nie można opierać rozpoznania charakteru sprawy gośćcowej na samem działaniu salicylu. Wynika z tego wszystkiego że rozpoznanie ostrego gośćca gruźliczego, który może być pierwszym wyrazem złagodzonej gruźlicy, jest niezmiernie trudne, wobec jego prawie zupełnego podobieństwa do ostrego gośćca stawowego. Z tego też względu należy myśleć o gruźlicy w przebiegu każdego ostrego gośćca o niejasnem pochodzeniu i należy jej poszukiwać wszystkimi metodami klinicznemi w myśl rady *Ponceta* i *Lericha:* „w obecności gośćca należy wykazać przedewszystkiem, że nie jest on pochodzenia gruźliczego".

E. Reicher.

Gorączka falista pochodzenia zwierzęcego. (La fievre ondulante d'origine bovine. L'endemie franccomtoise). E. L e d o u x.

Journal de Medecine de Lyon. Nr. 292. 1932.

Przypuszczano dawniej, że gorączka falista, albo inaczej mówiąc, gorączka maltańska panuje jedynie w krajach, w których kozy lub barany są zarażone przez Micrococcus melitensis. Później spostrzegano jednak tę chorobę w krajach, w których nie ma ani hodowli kóz, ani hodowli baranów, ale gdzie panuje choroba ronienia krów. Chorymi najczęściej byli wieśniacy, właściciele chorych zwierząt, weterynarze, czasami ludzie, którzy nie mając nic do czynienia bezpośrednio z choremi zwierzętami, pili ich mleko. Przypadki gorączki maltańskiej, spostrzegano początkowo rzadko w tych krajach, stały się coraz częstsze prawdopodobnie dzięki zwróceniu uwagi na bydlęcą etiologję tego cierpienia oraz na szerzenie się epizootji. Badania bakterjologiczne nad zarazkiem gorączki maltańskiej wykazały, że zarazek ronienia kóz i baranów (micrococcus melitensis) oraz zarazek ronienia krów (bacillus abortus Bruce) należą do jednej rodziny i mają prawie te same właściwości morfologiczne, biologiczne, serologiczne, alergiczne, patologiczne w stosunku do zwierząt domowych. Różnią się tylko jednem. Jadowitość micrococcus melitensis dla człowieka powiększa się w przejściu przez organizm kozy, natomiast jadowitość Bacillus Bruce zatraca się lub osłabia w przejściu przez organizm bydlęcy. Dowodzą tego doświadczenia, które wykazują, że w laboratorjach zakażenia przez melitensis są częste, natomiast kultury Bacillus Bang nigdy nie zakaziły osób, mających z nimi do czynienia. Pomimo tego stwierdzono, że gorączka maltańska może pochodzić także od zakażenia bydlęcego jak to między innemi wykazały badania prowadzone w ostatnich trzech latach przez autora. Prawie we wszystkich przypadkach spostrzeganych można było wykazać bydlęce pochodzenie zarazka (21 na 22 chorych). Prawie wszyscy chorzy byli rolnikami właścicielami chorego bydła. Kliniczny obraz chorych przypominał w zupełności gorączkę maltańską, ale o łagodniejszym przebiegu. Powolny początek cierpienia, bóle głowy, członków, powiększenie śledziony, poty, przypominały w zupełności gorączkę falistą, wywołaną przez zarazę kóz. Nie stwierdzono zupełnie form cięższych tyfoidalnych, ani powikłań w postaci zapaleń stawów, wsierdzia, ciężkich melancholji. Przypadków śmiertelnych również nie było, podczas kiedy śmiertelność przez Micrococcus melitensis ma wynosić około 6 — 7%. Najcharakterystyczniejszą cechą cierpienia jest przebieg ciepłoty, której podwyższenie trwa naogół 2 — 9 miesięcy. Krzywa ciepłoty wykazuje trzy typy: wyraźną falistość ciepłoty, trwającej około 15 dni z małemi różnicami między ciepłotą dzienną a wieczorną, okresy gorączkowe wyraźnie oddzielone około 10-dniowemi przerwami o normalnej ciepłocie, wreszcie falistość ciepłoty jest zaledwie zaznaczona na nieregularnej o wysokich wahaniach krzywej ciepłoty. Badanie krwi wykazywało naogół silną, do 60%, dochodzącą limfocytozę. Naogół we wszystkich przypadkach stwierdzano dodatni odczyn śródskórny z melityną i abortyną, i aglutynację w roztworach przynajmniej $^1/_{1000}$.

Kaszel jest częsty w gorączce pochodzenia bydlęcego, przyczem naogół osłuchowo nie znajduje się zmian w płucach, czasami jednak stwierdzić można objawy nieżytu oskrzeli, ogniska zapalne lub też szczytowe zmiany opłucnowe. Zwraca czasami uwagę, że objawy płucne połączone z wysoką ciepłotą przebiegają przy doskonałym stanie ogólnym. Przemawia to przeciwko gruźlicy, do której gorączka falista może się stać podobną o ile z objawami płucnemi łączą się poty, wysoka ciepłota, osłabienie i wychudzenie. O gorączce maltańskiej należy pamiętać zawsze przy stanach gorączkowych nieokreślonego pochodzenia szczególnie, jeżeli ma się do czynienia z chorymi rolnikami, właścicielami chorego bydła. Znajomość symptomatologji, a szczególnie dokładne notowanie ciepłoty, pozwala postawić rozpoznanie którego potwierdzenie znajduje się w próbach biologicz-

nych, aglutynacji i intradermoreakcji, wreszcie w posiewach krwi. Autor zwraca uwagę, że mówiono, iż gorączka maltańska jest chorobą przyszłości, a obecnie dla dwudziestu kilku departamentów Francji jest ona już chorobą teraźniejszości.

Brucelloza w Grecji. (Brucellose en Grece). S p i r o L i v i e r a t o.

Presse Medicale. Nr. 11, 1932.

Gorączka t. zw. maltańska znaną jest od czasów dawnych. Hippokrates opisuje ją jako cierpienie, przebiegające z gorączką raz dłużej drugi raz krócej trwającej bez określonych objawów ze strony narządów. W ostatnich czasach dzięki badaniom serodiagnostycznym choroba ta może być rozpoznana dokładniej i w Grecji ma być ona cierpieniem endemicznem, spotykanem sporadycznie. Naogół w przebiegu odróżnia się dwie postacie: tyfoidalną i malaryczną, jako powikłania spostrzegano zapalenia nerek, rwę kuszlową i t. d. Dokładnych danych co do rozpowszechnienia gorączki maltańskiej w Grecji niema z jednej strony dlatego, że stwierdzenie cierpienia jest trudne z drugiej strony z powodu niedostatecznie zorganizowanej służby sanitarnej. Klinicznie występuje gorączka maltańska powoli w postaci ogólnego niedomagania, do którego z czasem dołącza się charakterystyczna gorączka o przebiegu falistym. Stan ten trwa mniej lub więcej długo, przy czem występują równocześnie bóle stawowe, poty, zaparcie stolca, ogólne osłabienie, wreszcie powiększenie wątroby i śledziony, czasami stany zapalne jąder. Opisywano przypadki, które zaczynały się z objawami zapalenia opon mózgowych, w innych gorączka maltańska miała przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Jako rzadkie powikłanie gorączki maltańskiej opisuje autor 2 przypadki zapalenia wsierdzia w postaci endocarditis lenta. Postaci gorączki maltańskiej wywołanej przez Bacillus abortus Bang w Grecji nie spostrzegano. Rozsadnikiem gorączki maltańskiej wywołanej przez Micrococcus melitensis są kozy, należące do rasy afrykańskiej, które pochodzą naogół z Malty i są importowane do Grecji. Badanie mleka tych kóz w Atenach wykazało, że około 7% jest zarażonych, w Malcie samej około 30 — 50% kóz ma być zarażonych. Epidemiczną chorobę krów (około 40%) wywołaną przez bacillus abortus Bang, spostrzeganą w Atenach w roku 1927, wywołana miała być ona przez krowy sprowadzone z Polski.

Naogół nabywa się infekcję przez spożywanie koziego mleka świeżego nie gotowanego, masła, sera świeżego i wreszcie yoghurtu. Dawniej spostrzegano przypadki zarażenia przez kontakt z choremi zwierzętami (jest to najczęstszy sposób nabycia tej choroby na wsi), rzadziej z ludźmi. Ponieważ zwierzęta chore zarażają rasy zdrowe ministerstwo higjeny zabroniło eksportować z prowincji, gdzie stwierdzono to cierpienie wśród zwierząt nie tylko same zwierzęta, ale i produkty od nich pochodzące, zarządzono również obowiązkowe meldowanie choroby. Cierpienie nie jest częste prawdopodobnie dzięki zwyczajowi spożywania mleka gotowanego.

W leczeniu stosowano dotychczas ogólne środki antiinfekcyjne (electrargol, trypaflavinę, neosalvarsan etc.). Stosowanie surowic nie dało większych wyników, natomiast bardzo dodatnie było działanie szczepionki. Skraca ona naogół przebieg choroby tak co do czasu trwania jak i co do liczby fal gorączkowych. Szczepionkę stosowano naogół śródmięśniowo, doskonałe wyniki miano także otrzymać i w stosowaniu doustnem.

Sympatykoza brzuszna. (Sympathicose abdominale). D. T a d d e i.

Presse Medicale. Nr. 7, 1932.

Autor opisuje objaw chorobowy polegający na bolesności przy ucisku części brzusznej tętnicy głównej oraz przy ucisku tętnic biodrowych. Objaw ten występuje najczęściej u kobiet między 20 — 40 rokiem życia, wątłych, astenicznych, skarżących się ponadto na nieokreślone bóle stawów, pleców, jamy brzusznej. W szczególności bóle te są częste w okolicy dołka podsercowego niezależnie od przyjmowania pokarmów, apetyt najczęściej jest zły, czasami choć rzadko występują wymioty. Chorzy ci bywają nawet z powodu uporczywego charakteru dolegliwości często operowani czy to z rozpoznaniem wrzodu żołądka lub dwunastnicy, czy to jako kamica żółciowa, czy to z powodu opadnięcia nerki, czy wreszcie jako zapalenie wyrostka robaczkowego. Jednakże często po operacji dawne dolegliwości trwają i nadal. Badania kliniczne wykazują w tych przypadkach czasami opadnięcie trzew, czasami stany skurczowe grubego jelita, atonię żołądka, tyłozgięcie macicy, w innych znowu przypadkach wynik badania klinicznego jest zupełnie ujemny. Często natomiast ma się spotykać lekkie stany podgorączkowe, które znikają po wypoczynku lub leczeniu klimatycznem. Autor przypuszcza, że bolesność przy ucisku tętnic brzusznych jest spowodowana nadmierną wrażliwością sympatycznych splotów w jamie brzusznej, wreszcie przemawiają za nią stany podgorączkowe i dodatni wynik leczenia klimatycznego.

Autor podkreśla, iż możliwem jest, że objaw opisywany przez niego został zauważony przez innych autorów i opisany jako objaw Stillera, albo też ujęty w pojęciach takich jak chloroza, dyspepsia gruźlicza, newroza gruźliczych, newralgie splotu słonecznego, solaritis i t. d. Z poprzednich autorów żaden jednak nie kładł specjalnego nacisku na znaczenie bolesności, występującej przy ucisku tętnicy głównej brzusznej i tętnic biodrowych.

CHOROBY DZIECIECE.

Odma samoistna pochodzenia nie gruźliczego u niemowlęcia. (Le pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson). C h. G a r d è r e et J. S a v o y e.

Journal de Méd. de Lyon. 1932.

Odma samoistna u niemowląt różni się znacznie od takowej u dorosłych, jeżeli chodzi o tło etjologiczne. U dorosłych w większości przypadków przyczyną powstawania odmy samoistnej jest gruźlica. U niemowląt odma w przebiegu płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc i ropni płucnych zdarza się częściej niż w gruźlicy..

Przedziurawienie płuca powstaje prawie zawsze w kierunku jamy opłucnowej albo wskutek pęknięcia drobnego ropnia, albo na drodze czysto mechanicznej wskutek pęknięcia w obrębie zastępczej rozedmy części płuca.

Ostatnia ewentualność jest bardziej pomyślna.

Odma samoistna powstająca bez zakażenia jamy opłucnowej szybko wchłania się. Przy pęknięciu ropnia podopłucnowego powstaje „pyopneumothorax“ dający prawie zawsze złe zejście. Towarzysząca czasami odmie samoistnej opłucny — odma podskórna lub śródpiersiowa wskazują na postać ciężką.

Wreszcie może być odma obustronna.

Obraz kliniczny zależy od natężenia mniej lub bardziej nagle występujących objawów czynnościowych w przebiegu cierpienia zasadniczego. Istnieje odma o zespole objawowym charakterystycznym i utajonym.

Postacie najbardziej klinicznie wyrażone są te, które spostrzega się u niemowląt w przebiegu względnie łagodnych postaci zapaleń płuc. W przebiegu normalnym, średnio-ciężkim, występuje nagłe pogorszenie, cechujące się przedewszystkiem żywą dusznością, przyśpieszeniem ruchów oddechowych, które są płytkie i powierzchowne, a także sinicą.

Ten nagły zwrot objawów powinien nasunąć myśl o możliwości powstania odmy samoistnej. Badanie przedmiotowe powinno stwierdzić dwa zasadnicze objawy odmy: nasilenia jawności dźwięku opukowego w połączeniu z osłabieniem szmeru oddechowego. Lecz objawy te nie zawsze łatwo stwierdzić u niemowlęcia dzięki łatwemu przenoszeniu się różnych dźwięków i szmerów ze strony przeciwnej klatki piersiowej. Unieruchomienie połowy klatki piersiowej przy znacznej duszności również trudno wykazać. Naogół jednak w obliczu wymienionych objawów, rozpoznanie odmy samoistnej nie nastręcza trudności.

W innych wypadkach rozpoznanie odmy samoistnej napotyka na duże trudności. Czasami objawy odmy samoistnej występujące w przebiegu ciężkiego schorzenia płucnego nie odcinają się wyraźnie od tła choroby zasadniczej, przy której toku może być wybitna duszność, sinica itp. W tym wypadku wystąpienie odmy samoistnej nie wnosi nic nowego do poprzedzającego obrazu klinicznego, a dyskretne objawy fizykalne mogą być przeoczone. Innym razem objawy czynnościowe odmy samoistnej są tak nieznaczne, odma bywa tak dobrze znoszoną przez dziecko, że jedynie bardzo drobiazgowe badanie kliniczne, a przedewszystkiem rentgenologiczne może wykryć powstanie odmy.

Te dane podkreślają ogromne znaczenie badania rentgenologicznego dla stwierdzenia powstania odmy samoistnej u niemowlęcia. Zwykle prześwietlanie w tych wypadkach może dać więcej niż zdjęcie, gdyż pozwala wykryć uchylenia w dynamice oddechowej, które są cechami odmy samoistnej najbardziej zasadniczemi. Stwierdza się: unieruchomienie oddechowe żeber, falowanie wdechowe śródpiersia, paradoksalne ruchy przepony (objaw Kinbock'a).

Wreszcie trzeba zauważyć, że zdarza się, aczkolwiek bardzo rzadko t. zw. odma wrodzona. Stwierdza się wtedy u noworodka klasyczne objawy fizykalne odmy, którym mogą nie towarzyszyć żadne objawy czynnościowe. Odma wrodzona może powstać przy istnieniu komunikacji pomiędzy oskrzelem, a jamą opłucny.

Rokowanie w odmie samoistnej u niemowląt nie jest zbyt złe, o ile nie występuje w przebiegu gruźlicy. Wszystko zależy od zasadniczego cierpienia, które doprowadziło do powstania odmy. Odma samoistna powstająca w przebiegu względnie łagodnych schorzeń płucnych i niepowikłana zakażeniem jamy opłucnej wchłania się samoistnie względnie szybko.

Najgroźniejsze są te przypadki, w których odma samoistna jest następstwem ropnia płuc. Według statystyki Lereboullet'a śmiertelność wynosi wtedy 75%. W innych przypadkach śmiertelność nie przekracza 40%. Leczenie, ważne szczególnie w okresie początkowym powstania odmy powinno dążyć do złagodzenia objawów czynnościowych za pomocą wdechania tlenu, środków nasercowych i uspokajających. Czasami bywa wskazane nakłucie opłucnej w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie opłucnowej.

Stan obecny zagadnienia etjologji płonicy. (l'État actuel du problème étiologique de la scarlatine). F. Meersseman.

Journal de Méd. de Lyon. Février, 1932.

Obecnie istnieją dwie teorje dla rozwiązania zagadnienia etjologji płonicy: teorja paciorkowcowa i teorja jadu przesączalnego.

Teorja paciorkowcowa po raz pierwszy wysuniętą była w r. 1895 przez *Bergé*. Prace dalsze nad nią podjęte były następnie przez szkołę amerykańską.

Teorja paciorkowcowa opiera się przedewszystkiem na fakcie, że z gardzieli chorych na płonicę zawsze można wyhodować paciorkowca hemolizującego, który ma być zarazkiem wywołującym płonicę. Swoistość tego paciorkowca opiera się na całym szeregu dowodów, jak to: wybiórcza aglutynacja z surowicą ozdrowieńców po płonicy; zjadliwość stwierdzona doświadczalnie dla zwierząt i ludzi; wytwarzanie swoistego jadu, który wstrzyknięty do skóry, daje odczyn, t. zw. odczyn Dick'a i który stoi w związku z wrażliwością lub odpornością ustroju na płonicę. Z pomocą tego jadu płoniczego można uskuteczniać szczepienie zapobiegawcze i wytwarzać surowicę posiadającą swoiste własności biologiczne i lecznicze.

Działanie paciorkowca płoniczego na ustrój jest według różnych badaczy dwojakie. Według niektórych jad płoniczy wywołuje zatrucie podobnie jak jad błoniczy; paciorkowiec płoniczy rozwija się jedynie w gardzieli chorego, a wszystkie ogólne objawy choroby płoniczej zależą od szerzenia się w ustroju jego jadów. Według innych jad płoniczy składa się z toksyny prawdziwej i t. zw. allergenów (ciał uczulających) i że jad ten wywiera działanie chorobowe jedynie na ustroje uprzednio swoiście uczulone.

Druga teorja etjologiczna, teorja jadu przesączalnego podtrzymywaną jest głównie przez szkołę rumuńską. Teorja ta stara się wątpić w swoistość paciorkowca hemolizującego i wysuwa na pierwszy plan istnienie jadu przesączalnego, za pomocą którego można wywołać chorobę u zwierząt. Jad przesączalny towarzyszy paciorkowcom, które przyjmują tylko udział w chorobie płoniczej. Współudziałem paciorkowców tłomaczy się ich zdolność aglutynacyjna z surowicą ozdrowieńców. Zresztą ta zdolność aglutynacyjna może być nabytą przez każdy szczep paciorkowców rosnących na pożywkach z dodatkiem jadu przesączalnego.

Według autora, przy obecnym stanie wiedzy żadna z tych teoryj sama nie jest wystarczającą dla wytłomaczenia zjawisk zachodzących w płoni-

cy. Zarówno swoistość paciorkowca płoniczego jak i teorja jadu przesączalnego nie są do przyjęcia bez zastrzeżeń. Autor sądzi, że dla wytłomaczenia patogenezy płonicy należy przyjąć tylko współudział paciorkowców z nieznanym bliżej ale swoistym dla płonicy jadem przesączalnym.

Badania teoretyczne starające się rozwiązać zagadnienie etjologji płonicy doprowadziły do szeregu zastosowań praktycznych. Temi są: próby zapobiegania szerzenia się płonicy, oparte nie na klasycznym terminie izolacji chorych i zakażonych lecz na kontroli bakterjologicznej (obecność paciorkowca hemolizującego w wydzielinie z gardzieli); szczepienia zapobiegawcze za pomocą toksyny lub anatoksyny paciorkowcowej; leczenie płonicy surowicą otrzymaną po wstrzykiwaniach zwierzętom jadu paciorkowca hemolizującego — płoniczego. Według ogólnego zdania, leczenie to, pod warunkiem wczesnego stosowania jest wyraźnie skuteczne na zespół toksyczny na początku choroby płoniczej; na ujawnione już powikłania leczenie surowicą nie wywiera wpływu i pozostaje wątpliwem, czy wogóle posiada znaczenie zapobiegawcze w stosunku do powikłań.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie operacyjne złamań szyi kości udowej. (Le traitement des fractures du col du fémur). T a v e r n i e r.
La Presse Méd. Nr. 32, kwiecień 1932.

Stosowane dotychczas szeroko leczenie zachowawcze w przypadkach złamań właściwej szyi kości udowej i złamań podgłówkowych (decapitatio), a także złamań przezkrętarzowych, zaklinowanych w ustawieniu wadliwem (skrócenie, przywiedzenie i skręcenie nazewnątrz), daje nagół słabe wyniki czynnościowe; stopień ostatecznego inwalidztwa wynosi tu przeciętnie 50%. Większość lekarzy godzi się z tym faktem, gdyż w przypadkach powyższych chodzi zwykle o starców, których sprawność czynnościowa po wyleczeniu złamania nie interesuje zbytnio ani najbliższej rodziny, ani ogółu społeczeństwa. Zbędnem byłoby podkreślać niesłuszność takiego rozumowania, pomijając już fakt, że złamania w zakresie szyi kości udowej dotyczą czasami i osób w młodszym wieku.

Brakom powyższym starają się zaradzić dwie następujące metody: s p o s ó b W i t h m a n n a (duży gips na miednicę i kończynę w silnem odwiedzeniu, lekkiem zgięciu w biodrze i skręceniu ku wewnątrz — na przeciąg 3 miesięcy) i o p e r a c y j n e z e ś r u b o w a n i e o d ł a m ó w (pomysłu Delbeta). Wady tego pierwszego sposobu (konieczność długotrwałego i rozległego unieruchomienia chorych w starszym wieku), przemawiają tem samem na korzyść drugiego to jest ześrubowania.

Stosowanie sposobu Delbeta wymaga dokładnego opanowania techniki danego zabiegu. Błędy techniczne jak nieprawidłowe ześrubowanie odłamów lub następowe przemieszczenia odłamów (np. pęknięcie głowy) po prawidłowo wykonanym zabiegu — psują w mniej lub więcej znacznym stopniu wynik ostateczny, co niesłusznie jest kładzione później na karb samej metody.

Wstępem do zabiegu wdg. Delbeta, zresztą niesłychanie ważnym, jest d o k ł a d n e z e s t a w i e n i e odłamów: szyja wraz z krętarzem ma być ściśle na przedłużeniu głowy kości udowej. W znieczuleniu rdzeniowem względnie miejscowem, na specjalnym stole, który umożliwia wykonanie zdjęcia rentgenowskiego w każdej chwili, pociąga się za kończynę w jej osi z siłą 10 kg (wyciąg ten utrzymuje się do końca operacji), jednocześnie z tem pociąga się za górną część uda do boku zapomocą serwety, założonej na udo tuż poniżej pachwiny. Odłamy ulegają wówczas odklinowaniu i ustawiają się prawidłowo po zaprzestaniu zaś pociągania do boku stopa już nie opada nazewnątrz, a pozostaje w ustawieniu prawidłowem.

Po upewnieniu się zapomocą zdjęcia rentgenowskiego o tem, że odłamy są ustawione jak należy, następuje właściwy akt operacyjny. Cięcie skóry podłużne na zewnętrznej powierzchni krętarza dużego, długości 8 — 10 cm. Po przecięciu rozcięgna mięśnia pośladkowego największego i średniego i odsłonięciu w ten sposób powierzchni bocznej krętarza ze znajdującem się tutaj zagłębieniem, oczyszcza się je skrobaczką dokładnie z przyczepiających się tu włókien mięśniowych, wyznacza się kierunek i długość kanału dla śruby (w porównaniu z rentgenogramem), toruje się ów kanał zapomocą boru, wykonuje się zdjęcie kontrolne przed wyciągnięciem boru, następnie, w przygotowany kanał wkręca się odpowiednią śrubę tak mocno, żeby powierzchnie złamania ściśle przylegały do siebie, jeszcze raz kontroluje się zdjęciem rentgenowskiem i, wreszcie, ranę zaszywa się doścignie szwem 2-piętrowym (rozcięgno m. pośladkowego największego, skóra), a kończynę unieruchamia się w lekkiem zgięciu zapomocą rynienki gipsowej od przodu na przeciąg 15 dni. Po tym terminie rynienkę się odrzuca i chory uzyskuje z u p e ł n ą s w o b o d ę r u c h ó w w ł ó ż k u. Chodzić zaczyna dopiero po 3 miesiącach. Przeciętnie, dla mężczyzn o silnej budowie długość śruby powinna wynosić 9 cm, dla kobiet — 8 cm. Po całkowitem wkręceniu śruby jej koniec nie powinien sięgać warstwy korowej głowy. Następowe usuwanie śruby po zagojeniu się złamania jest zbędne, gdyż kość zupełnie dobrze znosi jej obecność przez czas nieograniczony.

Zabieg powyższy jest wskazany przedewszystkiem w złamaniach podgłówkowych (decapitatio) i złamaniach właściwej szyi kości udowej; a poza tem — w złamaniach przezkrętarzowych, w których zestawienie i ustalenie odłamów może być wykonane właściwie prawie całkowicie pod kontrolą oka.

Jedynem przeciwskazaniem będzie tutaj daleko posunięty wiek (starczy) i znaczne upośledzenie stanu ogólnego. Jednakże dodać tu należy, że właśnie wyżej opisany sposób leczenia zapomocą ześrubowania odłamów znacznie mniej naraża chorych w późnym wieku i ogólnie niewydolnych na różne powikłania wtórne, niż sposób zachowawczy, który ich całkowicie unieruchamia w łóżku na przeciąg wielu miesięcy, ze wszelkiemi tegoż następstwami.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Siarka w leczeniu ozeny. (A propos du soufre dans le traitement de l'ozène). M a i l h o - L a r g e t e a u.
Revue de lar. T. 51, Nr. 15—16.

Lermoyer mawiał, że „ropa wymaga siarki". Istotnie doświadczenia term siarczanych wykazują

bardzo dodatni wpływ na przewlekłe ropienia jam i zatok nosa. Działanie jest nie tylko antyseptyczne, ale i przestrajające („modificatrice"), prawdopodobnie troficzne. Podobnie rzecz się ma z działaniem keratoplastycznem i keratolitycznem siarki w dermatologji. Stosowanie siarki w ozenie nie jest nowe. Opierając się na pracach *Heftera, Maillarda, de Challes'a* autorzy doszli stopniowo do stosowania 10%-owego pseudokoloidalnego roz- czynu wodnego o P. H. : 4,8 — 4,7 i odczynie lekko kwaśnym. Powstaje on przez rozkład wodorotlenku siarki, niezmienia się w ciągu miesięcy i miesza się z wodą niedając zrazu strątów ani skrzepów. Po odczyszczeniu jam nosa ze strupów przy pomocy irygacji wodą słoną pacjent zanurza nos do rozcieńczonego ciepłego płynu (łyżka oryginalnego rozczynu na szklankę wody) i kilkakrotnie naprzemian przez każdą stronę nosa wciąga płyn powoli lecz głęboko (doucement, mais profondément) i potem go wysiąkuje. O trąbkę Eust. z powodu przestronności jam nosa niema obawy.

W cięższych wypadkach prócz tego wprowadza się płyn oryginalny watotrzymaczami na wacie do przestworów nosowych aplikując „jak gdyby przy znieczulaniu". U wrażliwych pacjentów akt ten można zastąpić rozpyleniem płynu do nosa. Przez 2 tygodnie trzeba stosować metodę 2 razy dziennie, potem stopniowo rzadziej. Autorzy chwalą wyniki i zapraszają do wypróbowania metody. W późniejszych fazach stosują też masaż wibracyjny śluzówki i injekcje podśluzowe barytu i t. p. Autorzy rozporządzają doświadczeniem 1-rocznem, ilości przypadków leczonych nie podają.

Perlak. (Du cholestéatome). R e j t o A.

j. w. Nr. 17—18.

Autor wyłuszcza metodę rozpoznania perlaka na drodze kolorymetryczno-chemicznej i przy tej sposobności przytacza szereg zajmujących szczegółów ważnych także dla terapji i etjologji tego poważnego cierpienia usznego. Nazwa perlaka (Perlgeschwulst) pochodzi od *Virchowa* i opiera się na mikroskopowym wyglądzie mas perlakowych. Jakkolwiek *Virchow* odrzuca wcześniejszą nazwę „cholesteatoma" podaną przez *Joh. Müllera*, opierającą się na składzie chemicznym perlaka, a mianowicie na zawartości cholesteryny, to przecież dalsze badania *Haikego* i *Lautenschlägera* wykazują istotne znaczenie cholesteryny w składzie perlaka. Chociaż jest prawdą, że wiele innych tkanek zawiera też ten wysoko-drobinowy alkohol, to przecież, jeśli uwzględnimy nietylko krystaliczną, ale i bezpostaciową cholesterynę, to masy perlakowe zawierają ją w bez porównania wyższym procencie. Prawidłowy naskórek zawiera jej 10,6%, masy perlaka blisko podwójnie: (18—23%). Ciekawe są spostrzeżenia, dotyczące warunków powstawania perlaka. Dlaczego n. p. po usunięciu operacyjnem perlaka jest możliwem, że to samo podłoże przestaje produkować masę perlakową, dając w rezultacie wyleczenie ostateczne. Otóż okazuje się, że do warunków sprzyjających rozwojowi perlaka należy: 1) wilgoć, 2) lichy dostęp światła i 3) powietrza (tlenu). Operacja z plastyką usuwa czynnik 2) i przez to działa lecząco. O ważności usunięcia wilgoci należy pamiętać w całem zagadnieniu leczenia zachowawczego perlaka i ucha wogóle. Tu musi być decydującą wytyczną unikanie wszelkich płynów (n. p. H_2O_2 i t. p.) i dbanie o dobre przewietrzanie terenu leczenia. Wedle doświadczenia autora szczególnie ciężkie i rozległe perlaki operowane przez niego, wykazywały w wywiadzie stale długotrwałe leczenie ciężkie i rozległe perlaki operowane przez niego, wykazywały w wywiadzie stale albowiem wedle *Lautenschlägera,* ona stanowi czynnik postępującej destrukcji kości w tem cierpieniu. Do tego celu teoretycznie służyć może ciepły alkohol, chloroform, oliwa i czterochlorek węgla (CCl_4). Pierwsze dwa, chemicznie nie obojętne, są niepraktyczne; pozostaje oliwa i CCl_4. Ten ostatni ma poza małem drażnieniem skóry, które można łatwo ominąć, — tę dodatnią stronę, że zawartość cholesteryny w wyciągu można rozpoznawać ilościowo na drodze kolorymetrycznej wedle metody de *Bloara*, zmodyfikowanej przez *Hahna* i *Wolfa*. Autor dla celów porównawczych używa czterech różnie rozcieńczonych rozczynów zielonych B-naftolu i w ten sposób określa koncentrację cholesteryny w CCl_4. Autor jest w stanie rozpoznać klinicznie perlak, co sprawdził dotąd na 25 przypadkach operowanych. Technika otrzymania wyciągu cholesteryny polega na wstrzyknięciu rozczynu CCl_4 do ucha środkowego i wyaspirowaniu go po 10 — 15 minutach.

Rola tytoniu jako czynnika zwiększającego przytępienie słuchu. (Du rôle du tabagisme comme agent d'aggravation des surdités). F e r r a n C.

j. w. Nr. 19.

W pracy tej, będącej ciągiem dalszym publikacji tegoż autora z lat 1911 i 1922 zwraca autor po-

nownie uwagę na swe poglądy potwierdzone wciąż przez praktykę autora. A mianowicie: tytoń na ogół dla uszu zdrowych, nawet w większych ilościach, zdaje/się nie być szkodliwym. Natomiast nie tylko palenie tytoniu, lecz także przebywanie w lokalach nasyconych dymem tytoniowym (kawiarniach i t. p.) jest niewątpliwie wybitnie szkodliwe dla słuchu ludzi cierpiących na sprawy ostre lub przewlekłe narządu słuchowego. W związku z tem twierdzeniem autor snuje różne hipotezy i teorje dotyczące anatomo - fizjologicznego mechanizmu szkód tytoniowych. Nikotyna ma wywoływać naczynioruchowe, a pośrednio także troficzne zmiany w obrębie n. cochlearis, a zmiany są tutaj specjalnie łatwe, intensywne i długotrwałe z powodu pomieszczenia nerwu ślimakowego w ciasnym niepodatnym kanale kostnym. Również i zmiany na śluzówce jamy nosogardłowej, trąbki i jamy bębenkowej, wywołane tytoniem, odgrywają rolę w zaostrzeniu przytępienia słuchu u osób już dotkniętych początkami cierpienia. Autor wnosi stad. że o ile chodzi o uszy, zbytecznem jest niepokoić ludzi zdrowych zakazami, natomiast już zagrożonym należy palenia tytoniu i przebywanie w zadymionych lokalach zakazywać bezwzględnie.

Wstrzykiwania ściągające jako metoda wyboru w przerostach śluzówki nosa bez zniekształcenia podłoża kostnego. (Les injections sclérosantes, traitement de choix des hypertrophies de la muqueuse nasale, sans malformations osseuses sous-jacentes). D u t h e i l l e t de L a m o t h e.

j. w. Nr. 22.

Gdy muszle nosowe utrudniają oddychanie wyłącznie z powodu przerostu rozlanego śluzówki lub gdy takiż efekt wywiera po stronie pierwotnie przestronnej jednostronny zastępczy przerost śluzówki muszli po wykonaniu podśluzowego wyprostowania przegrody nosa, wówczas stosuje się na ogół krwawe resekcje przerosłej śluzówki, artefícialne złamanie muszli z przesunięciem ku zewnątrz lub galwanokaustykę. Metody te zdolne są zastąpić injekcje 5%-owego roztworu wodnego chininy uretanowej (Quinine urétane) w okolicę okostnej muszel. Injekcje te robi się wedle metody *Richier* i *Leroux*, zmodyfikowanej przez autora w cztery miejsca: jedną na dolnej powierzchni muszli dolnej, trzy pod przód, środek i tylny koniec na powierzchni górnej. Wstrzyknięcia (po znieczuleniu śluzówki 20% kokainą), są niebolesne. Podobnie korzystne wyniki ma dawać wstrzykiwanie „sclero-serum", które jednak jest bolesne. Efekt wyraża się w znacznem i jednostajnem skurczeniu się śluzówki i przywróceniu drożności. Co do trwałości wyników, autor wobec krótkiego doświadczenia nie może się wypowiedzieć. Dodatnia strona metody polega na uniknięciu operacji, braku wszelkiego odczynu i pewnemu zapobieganiu wszelkim powikłaniom, jak zrosty pooperacyjne.

Ból głowy jako objaw podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego. (La cephalée dans le syndrome d'hypertension intracranienne). P o r t m a n n G.

j. w. T. 52. 1931. Nr. 1.

Ból głowy jest objawem niemal nigdy nie brakującym w zespole objawów podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego, spowodowanego przyczyną organiczną, zwłaszcza natury zapalnej. Chociaż i przy guzach wśródczaszkowych mało kiedy jest nieobecny. Ból ten, w swoim stopniu i rozwoju wybitnie charakterystyczny, niejednokrotnie s a m j e d e n naprowadzi na rozpoznanie i wskazanie operacyjne. Niemniej jednak znane są wypadki znacznych guzów wśródczaszkowych z wyraźnem podwyższeniem ciśnienia wśródczaszkowego, gdzie bólu głowy wogóle niema. Taki przypadek glejaka kąta mostkowo-móżdżkowego operowany przez autora, opisuje autor. Również opisuje autor przypadek zropiałego perlaka z ropniem nadoponowym i drugim ropniem mózgowym w okolicy skroniowo-klinowej, gdzie ból głowy był jedynym symptomem naprowadzającym.

Kojarzenie się bólu głowy, omawianego tutaj, z wybitnem wychudnięciem pacjenta uważa autor jako zespół o dużem znaczeniu rozpoznawczem. Autor dochodzi do wniosku, że klinika nie zna żadnego luźnego objawu, bezwzględnie patognomonicznego i że zawsze należy dążyć do oparcia rozpoznania na możliwie dużej ilości objawów.

A. Schwarzbart
(Kraków).

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

W sprawie zaniedbanego położenia poprzecznego; klinika i leczenie. (A propos des présentations de l'épaule négligées; clinique et thérapeutique). R e e b M.

Rev. francç. Gynéc. T. 26, str. 417, 1931 r.

Na 3345 porodów w ciągu 30 miesięcy było 17 przypadków położenia poprzecznego, co stanowi 0,51%. W liczbę powyższą nie wliczono porodów niedonoszonych i położeń poprzecznych, stwierdzonych w czasie porodu bliźniaczego.

Z omawianych 17 przypadków, w 8 wykonano obrót w ogólnem uśpieniu z wynikiem dobrym dla matki; 7 dzieci wydobyto żywych, 1 zmarło w czasie obrotu, jedno zaś zmarło na trzeci dzień po porodzie z powodu wylewu do mózgu. W 1 przypadku wykonano cięcie cesarskie z dobrym wynikiem.

Pozostałe 8 przypadków były to położenia poprzeczne zaniedbane z barkiem wklinowanym. Postępowanie lecznicze było tu nieco odmienne. W 2 przypadkach wybrano a priori drogę pochwową; w obydwu płody były martwe to też zastosowano decapitatio nożyczkami Dubois. Przypadek trzeci rozwiązano obrotem jakkolwiek płód był martwy, gdyż technicznie operacja ta wydawała się łatwiejsza od rozkawałkowania płodu.

W 4-ym przypadku po nieudałym obrocie wykonano cięcie cesarskie w dolnym odcinku z wynikiem dobrym; przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. W 5-tym przypadku wykonano rozkawalenie płodu na mieście, a ponieważ po porodzie stwierdzono wewnętrzne pęknięcie macicy wytamponowano chorą i po przewiezieniu do kliniki natychmiast przystąpiono do laparotomji. Stwierdzono pęknięcie niecałkowite z wytworzeniem olbrzymiego wylewu krwawego do przymacicza, sięgającego aż do okolicy nerek; nadpochwowe wycięcie macicy; śmierć na stole operacyjnym.

Doświadczenie uzyskane z poprzedniego przypadku skłoniło autora do obrania drogi operacji

przez brzuch w 6-ym przyp. W przypadku tym na płodzie martwym probowano obrotu, poczem stwierdzono objawy pęknięcia macicy, przetransportowano do kliniki i natychmiast otwarto jamę brzuszną; stwierdzono kolpaporrhexis, wycięcie macicy, Mikulicz, wyzdrowienie.

Przypadek 7-y: położenie poprzeczne zaniedbane, płód martwy, temperatura 38,6, wykonano cięcie cesarskie według Portes'a, zejście śmiertelne na 9-ty dzień po operacji z powodu endometritis gangrenosa, abscessus retrovesicalis.

Przypadek 8-y: położenie poprz. zaniedbane, płód żywy; sectio caesarea, wynik dobry.

Wnioski autora dadzą się ująć jak następuje:

przy martwym płodzie i niezbyt rozciągniętym dolnym odcinku — operacją wyboru jest decapitatio wykonana nożyczkami;

obrót martwego płodu w pewnych warunkach technicznych nie jest grzechem;

po każdej operacji położniczej w przypadkach położenia poprzecznego, zaniedbanego należy dokładnie sprawdzić wnętrze macicy a szczególnie całość dolnego odcinka;

jeśli znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka każe przewidywać trudną i niebezpieczną operację pochwową, lepiej odrazu przystąpić do operacji brzusznej;

pęknięcie dolnego odcinka z jednocześnie występującemi objawami początkowego zakażenia jest wskazaniem do wycięcia macicy całkowitego, bez jej otwierania;

jeśli płód żyje, a obrót jest niemożliwy lub przeciwwskazany należy wykonać cięcie cesarskie.

Wybór pomiędzy cięciem cesarskiem z lub bez sączkowania, operacją Porro i oPrtes'a — jest nadal trudny do zdecydowania.

Czas trwania porodu prawidłowego. (La durée de l'accouchement normal). K r e i s J.

Rev. Franç. Gynèc. Obstétr. T. 27, Nr. 5, 1932 r.

Omawiając czas trwania porodu prawidłowego autor zwraca przedewszystkiem uwagę na znikomą wartość podziału pod względem czasu porodu na okres rozwierania i okres wydalania. Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest czas trwania całego porodu, i to nie tylko pod względem praktycznym, ale i teoretycznym: wszak przyczyną długotrwałości porodu jest słaba akcja porodowa mięśnia macicy, a przyczyna ta wszak pozostaje niezmieniona w obydwu okresach. Wiadomo, że przedłużającemu się I okresowi porodu towarzyszy zazwyczaj długi okres II, oczywista w przypadkach prawidłowych pod względem miednicy kostnej.

W pojęciu czasu trwania porodu prawidłowego należy wnieść zasadniczą poprawkę: odróżniać należy mianowicie poród prawidłowy od porodu samoistnego. Te dwa pojęcia nie są synonimami, gdyż nie każdy poród zakończony siłami natury zasługuje na nazwę prawidłowego; czyż można nazwać prawidłowym poród, który trwa kilka dni?, choćby zakończył się bez interwencji lekarskiej urodzeniem zdrowego noworodka?

Punktem wyjścia rozumowania autora jest fakt, że znana jest pewna liczba porodów pierwiastek przebiegających w ciągu 2 — 6 godzin i to bez jakiejkolwiek interwencji położniczej; dla wieloródki czas trwania porodu określa autor na 4 godziny, wychodząc z tych samych założeń.

Zastanawiając się nad przyczyną przedłużania się porodu samoistnego *Kreis* zwraca przedewszystkiem uwagę na t. zw. bóle przepowiadające lub fałszywe, występujące w przeważnej liczbie wszystkich porodów. Żadna z wyżej przytoczonych nazw nie jest odpowiednia, gdyż bóle te przedewszystkiem są nieprawidłowe i, jak wynika z obserwacji K. i autora fińskiego *Ritala*, wpływają wybitnie ujemnie na dalszy przebieg porodu; nie są więc tylko bólami przepowiadającemi. Poród, który rozpoczyna się t. zw. bólami przepowiadającemi trwa znacznie dłużej przeciętnie, niż poród od początku prawidłowy pod względem jakości bólów, nawet jeśli odrzucić okres trwania tych właśnie bólów fałszywych lub przepowiadających.

Bóle nieregularne, jak wiadomo, są związane etiologicznie z nieprawidłowościami unerwienia macicy i rozwierania się ujścia; ten ostatni składnik mechanizmu porodowego zależy z kolei od czynności mięśni podłużnych macicy; wynikiem ich pracy jest podciąganie pierścienia skurczowego ku górze. Klasyczne położnictwo wnioskuje na zasadzie przebiegu pierścienia skurczowego o wielkości rozwarcia ujścia zewnętrznego; nie jest to jednak bynajmniej pewne. Liczne obserwacje w czasie cięcia cesarskiego wykazały, że zależność pomiędzy wysokością pierścienia skurczowego, a rozwarciem ujścia zewnętrznego jest bardzo problematyczna: często widuje się wysoko przebiegający pierścień przy bardzo niewielkiem rozwarciu ujścia, i odwrotnie. W podobnych przypadkach zachodzić musi nadmierna niepodatność ujścia zewnętrznego, co oczywista odbić się musi na czasie trwania porodu.

Leczniczo w przypadkach nieregularnych bólów w początku porodu autor radzi injekcję środka przeciwskurczowego jakim jest spasmalgine Roche'a. W wielu przypadkach czynność porodowa wyrównuje się, bóle stają się regularne; w innych zaś trzeba injekcję powtórzyć; niekiedy bóle ustają zupełnie, ale potem przychodzą, już zupełnie normalne. Oto pierwsza ważna wskazówka terapeutyczna w leczeniu nieregularnych bólów i to w samym początku porodu.

Drugi zasadniczy składnik położniczego postępowania szkoły strasburskiej to przebicie pęcherza płodowego w początku porodu w każdym przypadku. Ma to na celu ułatwienie macicy jej pracy przez skrócenie włókien mięsnych po zmniejszeniu zawartości jej jamy. Ponadto w niektórych przypadkach zachowany pęcherz płodowy może być przeszkodą porodową.

Rezultaty swego postępowania położniczego ogłosił autor w swoim czasie. Wynika z nich w sposób niewątpliwy że dzięki temu postępowaniu powiększyła się dwukrotnie liczba porodów szybkich, poniżej 6 godzin trwających, które K. jedynie uważa za prawdziwie normalne. Dalszy rozwój położnictwa doprowadzić musi do sprowadzenia większości porodów do tak pojętego przebiegu prawidłowego.

Krwotoki w późnym połogu. (Hemorragies tardives du post-partum). L é o n - B o r c e a, L u c i e.

Progrés méd. 1931 II, str. 2272.

Praca niniejsza porusza jeszcze raz sprawę leczenia krwotoków w późnym połogu, zajmującą umysły położników od czasu bojowego artykułu *Couvelaire'a*. Zaleca on, jak wiadomo, powstrzymanie się od wszelkich zabiegów wewnątrz - ma-

cicznych w tych przypadkach uważając, że jedynie postępowanie zachowawcze lub wycięcie macicy wchodzi tu w grę.

W przeciwieństwie do zdania *Couvelaire'a*, autorka niniejszego artykułu broni gorąco usuwania resztek łożyska po porodzie ostrą łyżeczką; podkreśla przytem konieczność używania ostrej łyżeczki, gdyż tępaześlizguje się po resztkach łożyska nie usuwając ich.

Na poparcie swego stanowiska autorka powołuje się na doświadczenie szpitalne w ciągu 10 lat, a także przytacza kilka niedawno spostrzeganych przypadków.

Zakażenie obserwowane w niektórych przypadkach powstaje jeszcze przed zabiegiem, czego dowodem jest dodatni wynik posiewu ze krwi pobranej przed zabiegiem. W niektórych przypadkach bezpośrednio po zabiegu występuje dreszcz i skok ciepłoty, zazwyczaj jednak opada ona litycznie do poziomu normalnego. Im wcześniej wykonać skrobanie macicy tem więcej szans szczęśliwego zejścia choroby.

Z powyższych wywodów nie należy sądzić aby autorka bagatelizowała niebezpieczeństwo omawianego zabiegu; uważa go jednak za najlepsze wyjście z sytuacji.

Płytki krwi w czasie miesiączki, ciąży i połogu. (Les plaquettes sanguines au cours de la menstruation, de la grossesse et des suites de couches). Benhamon Ed., A. Nouchy.

Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 2, 1932 r.

Autorowie badali ilość płytek krwi w czasie miesiączki, ciąży i połogu posiłkując się techniką *van Herwerden — van Gold — Denhoven* z tą jedną nieznaczną modyfikacją, że płyn rozcieńczający podbarwiali barwnikiem (crésyl bleu brillant).

Technika ta, podana przez wymienionych autorów w Ann. Soc. Sc. Bruxelles, z 31 grudnia 1926 r., jest następująca.

Na czczo, zawsze w tych samych warunkach i o tej samej godzinie pobiera się krew z palca. Do pipetki (melangera) używanej do białych ciałek pobiera się płynu rozpuszczającego do kreski 0,5, potem krwi do — 1, i wreszcie znowu płynu do kreski oznaczonej liczbą 11. Po dokładnym wymieszaniu za pomocą potrząsania, wydmuchuje się ½ zawartości pipety, a z pozostałości wpuszcza się 1 kroplę do zwykłej kamery (Bürkera). Oblicza się jak białe ciałka na 1 cm^3. Wyniki badań autorów dadzą się streścić jak następuje:

1) Normalna ilość płytek u kobiety wynosi 330.000 do 380.000.

2) Przed samą miesiączką spada nagle lub powoli ilość płytek we krwi; spadek ten wynosi około 100.000 płytek i trwa przez pierwsze 2—3 dni miesiączki; poczem liczba płytek zaczyna się powoli wznosić aż osiągnie granice normalne. Spostrzeżenie powyższe jest ważnym teoretycznem uzasadnieniem znanego prawidła: nie operować w czasie menstruacji.

3) W ciąży ilość płytek wzrasta bardzo znacznie, dochodząc pod jej koniec do 500.000—600.000.

4) W czasie porodu ilość płytek spada znacznie, ale spadek ten zaznacza się szczególnie wydatnie w połogu, w jego pierwszych dniach; już jednak na 8—9 dzień połogu liczba płytek wzrastając powoli osiąga normalną wysokość.

5) Doświadczalna injekcja follikuliny ani też wstrzyknięcie adrenaliny (w celu skurczenia śledziony) nie wywołuje wybitniejszych zmian w ilości płytek we krwi.

25 przypadków wycięcia nerwu przedkrzyżowego z powodu bolesnego miesiączkowania i bólów w krzyżu. (Vingt-cinq résections du nerf présacré pour dysménorrhée et névralgie pelvienne). Razemon P., Lambert M.

Arch. franco-belges Chir. T. 32, str. 641, r. 1932.

Autor podnosi, że bóle nerwowe miednicy małej występują stosunkowo późno w przypadkach autora 15 chorych rodziło przynajmniej raz, a 4 zaledwie cierpiały od początku dojrzałości płciowej.

Prawie we wszystkich przypadkach w czasie zabiegu stwierdzono jakieś zmiany patologiczne w zakresie narządu rodnego (tyłozgięcie, zwyrodnienie torbielkowate jajników i t. d.).

Na 25 przyp. operowanych badano po raz drugi 20 pacjentek. Stwierdzono, że 10 uważało się za zupełnie wyleczone, u 6 stwierdzono poprawę, a 4 nie wykazywały żadnej poprawy. W jednym przypadku pomimo omawianej operacji wykonanej w początku ciąży, ukończyła się ona pomyślnie w normalnym czasie.

Przeszczepienie jajnika do macicy z zachowaniem szypuły naczyniowo-nerwowej. (Transposition utérine de l'ovaire avec conservations de son pédicule vasculonerveux). Petit Raymond.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27, Nr. 5, 1932.

Metoda operacyjna, będąca przedmiotem niniejszego artykułu nie jest nowa. Autor wykonał ją od r. 1908 czterdzieści kilka razy, *Tuffier* zmodyfikowawszy ją nieco stosował również kilkanaście razy. Artykuł niniejszy ma raczej na celu dokładne przedstawienie techniki operacyjnej raz jeszcze i spopularyzowanie zabiegu.

Technika przedstawia się jak następuje:

Usunięcie jednostronne przydatków i jajowodu po stronie wszczepianego jajnika, uwolnienie tego ostatniego ze zrostów i dokonanie na nim samych potrzebnych zabiegów (nakłucie torbielek, ewent. wycięcie klinowate części jajnika i t. d.).

Następnie dla dokładniejszego uruchomienia jajnika nacina się okrężnie otrzewną pokrywającą jego szypułę (głównie lig. ovarii proprium, gdyż lig. infundibulo pelvicum jest już przecięte przy usuwaniu jajowodu) i nasuwa się ją ku dołowi, obnażając samą tylko szypułę zawierającą nerwy i naczynia.

Teraz na 4 bieguny jajnika zakłada się cienkie szwy katgutowe, nie związując ich narazie; nitki te będą służyły do wprowadzenia jajnika do wnętrza macicy.

Macicę otwiera się cięciem bocznem w rogu macicy mniej więcej w miejscu przyczepu jajowodu; cięcie to musi być dość duże, aby dostęp do wnętrza macicy był łatwy. Tuffier radzi cięcie w tylnej ścianie macicy, z czem jednak Petit nie zgadza się.

Po otwarciu jamy macicy przeprowadza się nitki uprzednio założone na jajnik przez całą grubość ściany macicy, tak aby biegun wewnętrzny jajnika znalazł się w dolnym końcu cięcia w macicy, zewnętrzny zaś — w górnym; w ten sposób

jajnik zostaje wprowadzony bez skrętu szypuły do jamy macicy. Następuje związanie nitek, wprowadzających i zeszycie cięcia w trzonie macicy, kilkoma szwami z koniecznym oszczędzaniem samej szypuły jajnika.

Zesunięty uprzednio mankiecik otrzewnowy przystanie teraz ściśle do otrzewnej pokrywającej macicę i przyrośnie doń nawet bez niezbędnego przyszycia obydwu powierzchni.

W ten sposób wykonana operacja dała w wyniku autorowi na 46 przypadków 4 razy zajście w ciążę, we wszystkich zaś miesiączki utrzymywały się zupełnie prawidłowo.

Na wstępie artykułu autor przypomina ogólnie znane dane z anatomji jajnika, a przedewszystkiem jego zaopatrzenia nerwowego, krwionośnego i chłonnego.

Zachowanie częściowe jajnika. (La conservation parcellaire de l'ovaire). Villard E. J. Caillot.

Paris méd. r. 1932 II, str. 531.

Autor zdaje sprawozdanie z 47 przyp., w których wykonał częściowe klinowe wycięcie jajnika sposobem Pozzi'ego; w czasie zabiegu zwracał baczną uwagę na pozostawienie wnęki jajnika nienaruszonej, jak również na zachowanie naczynia krwionośnego idącego tuż obok strzępka jajowodu.

W wyniku tego zabiegu autor uzyskał w 92% przyp. normalną miesiączkę po operacji, a w 98% przyp. wogóle krwawienie miesiączkowe było zachowane.

Powyższe spostrzeżenie wykazuje, jak bardzo jajnik jest wytrzymały na jego pomniejszanie ilościowe i jak szybko przystosowuje się do zmienionych warunków życia.

Oczywista we wszystkich omawianych przypadkach macica pozostawała obok resztki jajnika (co ma duże znaczenie wewnątrz wydzielnicze według ostatnich badań naukowych — przyp. refer.).

Nowy sposób leczenia operacyjnego zapaleń przydatków. (Un nouveau traitement chirurgical des annexites inflammatoires). Rotter H.

Bull. Soc. nat. chir. Paris 57, 1351, 1931 r.

Autor poleca podwiązanie więzadła lejkowo miednicowego jedną podwiązką en masse, zaciskającą tak żyły, jak tętnicę. Zabieg ten powoduje zmniejszony dopływ krwi tętniczej z jednocześnie powiększonym przekrwieniem biernym żylnym.

Operacja Rottera wskazana jest przedewszystkiem w ostrych i podostrych zapaleniach przydatków u młodych kobiet, gdyż pozwala ona w pewnej ilości przypadków ominąć przedwczesną kastrację osób młodych.

Autor wykonał omawianą operację w 30 przypadkach z dobrym wynikiem, bez przypadku śmierci. W 28 przyp. było gonokokowe zapalenie, w 2 rozpoczęło się ono po porodzie. Powikłania pooperacyjne 1 przyp. zapalenia żył i 2 przyp. oskrzelowego zapalenia płuc.

Zabieg omawiany oczywista stosować należy w przypadkach niepoddających się leczeniu zachowawczemu.

We wszystkich przypadkach stwierdzono bardzo szybką i wybitną poprawę, dochodzącą niekiedy do anatomicznego wyleczenia. Sprawdzenie stanu leczonych pacjentek po kilku miesiącach w 16 przyp. wykazało stan zupełnie zadawalający.

Dla ostatecznej oceny wartości operacji Rottera potrzeba większej ilości przypadków.

Zwłaszcza ciekawym będzie ewentualny przebieg ciąży po tym zabiegu.

Wytworzenie sztucznej pochwy. (Creation d'un vagin artificiel). Hartman Henri.

Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 5, 1932.

Autor omawia operację podaną i wykonaną po raz pierwszy przez *Frank'a* i *Geist'a*. Polega ona na przeszczepieniu płata skórnego z uda, z jego powierzchni wewnętrznej do sztucznie wytworzonego kanału pomiędzy cewką a odbytnicą. Operację tę wykonywa się na kilka temp. Przedewszystkiem należy opisać nożem na wewnętrznej powierzchni uda figurę podłużną długości 17 cm., szerokości 12 cm. Podstawa tej figury winna znajdować się na granicy owłosienia sromu, i nie powinna być narazie odcięta; natomiast granica zewnętrzna ma lekko falisty kształt.

Po zaznaczeniu tych konturów podminowujemy lekko brzegi płata na przestrzeni mniejwięcej szerokości palca, w ten sposób, żeby przerwać wszelkie połączenia tętnicze w tym zakresie. Po odpreparowaniu odwija się brzegi płata z powrotem i przyczepia paroma szwami catgutowemi.

Kiedy ustanie wszelkie wydzielanie w zakresie cięcia, przystępujemy do drugiego tempa: podnosimy znowu brzeg płata i oddzielamy go na całej prawie przestrzeni tak, że nienaruszona pozostaje tylko podstawa wewnętrzna w sąsiedztwie sromu; po oddzieleniu tym układamy z powrotem płat na dawne miejsce i przytwierdzamy go paroma szwami.

Dopiero po całkowitem ustaniu wydzielania z rany wytwarzamy z płata rurę dookoła cylindra kauczukowego i wprowadzamy ją do uprzednio wytworzonego kanału pomiędzy cewką a odbytnicą i obszywamy na brzegu nacięcia. W 5 — 6 dni potem zaczyna się podcinać podstawę płata, będącą ostatniem połączeniem tegoż z organizmem. Podcinanie to odbywa się bardzo powoli, co trzy dni, tak że trwa około 6 tygodni. Do tego czasu płat przeszczepiony zdąży wgoić się całkowicie i ustalić związek odżywczy z otoczeniem.

W ciągu kilku miesięcy chora powinna nosić w nowowytworzonej pochwie duży tampon, aby przeciwdziałać skurczeniu się wszczepu.

W sprawie leczenia przebicia macicy, powstałej w czasie skrobanki. (Du traitement des perforations de l'utérus au cours du curettage). Basset A.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 10, str. 760, 1931 r.

Autor postanowił zabrać głos w sprawie wymienionej w tytule głównie w celu polemiki z rozpowszechnionemi jeszcze dotychczas poglądami, jakoby przebicie macicy po skrobance leczyć należy zachowawczo.

Na zasadzie 5 przypadków Basset uważa to właśnie postępowanie za najbardziej niebezpieczne. Jego zdaniem po stwierdzeniu przebicia macicy należy zaniechać wszelkich jakichkolwiek rękoczynów i natychmiast wykonać próbne otwarcie jamy brzusznej. Im szybciej otworzymy jamę brzuszną tem bardziej konserwatywnie możemy zachować się podczas samego zabiegu. W większości

przypadków mianowicie wystarczy tylko zaszycie uszkodzenia nawet bez drenowania jamy brzusznej; jedynie w przypadkach bardzo znacznych ubytków tkankowych lub jeżeli tkanka macicy jest tak krucha, że szwy ostrożnie założone przecinają tkankę — zmuszony jest operator wyciąć całkowicie lub nadpochwowo macicy.

Przebicie macicy z wgłobieniem jelita cienkiego. (Perforations uterines avec inclusion de l'intestin grele). K ü s s.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris, T. 57, str. 1262, r. 1931.

Autor opisuje dwa przypadki przebicia macicy z wgłobieniem jelita cienkiego.

W przypadku pierwszym doszło do tak znacznego przyrośnięcia jelita, że oddzielać je trzeba było na ostro, wycinając jelito z ściany macicy wraz z tkanką macicy. W przyp. 2-im pętla jelita wypadła poprzez otwór w macicy przez pochwę na zewnątrz. Odkażono ją starannie eterem i przez laparotomję odprowadzono z powrotem do jamy brzucha. W obydwu przypadkach otwór macicy zeszyto kilkoma szwami katgutowemi. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Autor występuje energicznie przeciwko tak, metodzie wyczekującej, jak daleko idącym operacjom radykalnym polegającym na wycięciu macicy przez brzuch czy pochwę.

Natomiast autor gorąco zaleca w każdym przypadku podejrzenia na przebicie macicy próbną laparotomję dla wyjaśnienia sytuacji. W przypadkach niezbyt rozległych uszkodzeń macicy można śmiało zadowolnić się starannym zeszyciem dziury.

Przypadek olbrzymiego wodonercza symulującego torbiel jajnika. (Un cas d'hydronephrose énorme simulant un kyste de l'ovaire). G e r i n - L a j o i e, L e o n.

Un. méd. Canada, T. 60, str. 711, r. 1931.

U 63-letniej kobiety stwierdzono olbrzymi guz sięgający do wyrostka mieczykowatego i utrudniający oddechanie. Rozpoznano torbiel jajnika i przystąpiono do operacji. Badanie moczu wykazało ślady białka.

W czasie operacji okazało się, że guz jest wodonerczem zawierającem 6½ l. jasnego moczu. Brzuch zamknięto i cięciem lędźwiowem wycięto nerkę lewą, zanikłą aż do stanu małej kieszonki.

Przypadek powyższy godny jest uwagi ze względu na stosunkowo częstą omyłkę rozpoznawczą omawianego typu.

W sprawie rozpoznawania i leczenia raka trzonu macicy. (A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin). V i o l e t.

Gynéc. T. 30, str. 664, r. 1931.

Autor występuje przeciwko zdaniu *J. L. Faure'a*, który głosi: „W przypadkach raka trzonu macicy należy zaniechać wszelkich zabiegów wewnątrzmacicznych, gdyż są one niepotrzebne i niebezpieczne; każda macica podejrzana winna być usunięta".

Violet zwraca przedewszystkiem uwagę na niepewność objawu uważanego niejako za patognomiczny — krwawienie z macicy — w okresie przekwitania. Zaledwie 5—6% przypadków krwawień z macicy w tym okresie okazało się istotnie rakiem; w pozostałych — przyczyną krwawień były schorzenia zgoła dobrotliwe. Zupełnie inaczej przedstawiają się stosunki po skończeniu miesiączek: tu w 90% przyp. istotnie krwawienie z macicy jest objawem raka; pozostałe przypadki to myoma submucosum lub metritis senilis.

W związku z powyższemi wywodami autor radzi w każdym przypadku przed decyzją usunięcia macicy zbadanie jej wnętrza i to najpierw sondowaniem, potem, jeśli wystąpi krwawienie — rozszerzenie szyji i obmacanie jamy palcem; potem dopiero następuje wyłyżeczkowanie jamy macicy. Autor broni swego sposobu postępowania (dalekiego od ogólnie przyjętego — przyp. ref.) tem, że pozwala ono na wykrycie między innemi ukrytej pyometra, co ma niewątpliwie duże znaczenie dla

przebiegu ewentualnej operacji, czy brzusznej, czy pochwowej.

Violet jest stronnikiem operowania przez pochwę zwłaszcza u osób otyłych i u staruszek. W swej 20-letniej praktyce operował autor 22 przypadki raka trzonu macicy z tego 14 przez brzuch, 8 przez pochwę — wszystkie operacje skończyły się szczęśliwie. Przy operacji wycięcia macicy przez pochwę radzi autor udostępnić sobie dostęp zapomocą szerokiego nacięcia, krocza według Chaput (cięcie Schuhardt'a autorów niemieckich — przyp. ref.).

T. Zawodziński.
(Warszawa).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Patogeneza i leczenie bielactwa. (Causes pathogénie et traitement du vitiligo). P a u l B l u m i J. B r a l e z.

„Paris Médical" Nr. 10, 1932.

Szereg spostrzeżeń w przypadkach bielactwa a mianowicie: występowanie plam bielaczych w miejscach istniejących uprzednio rumieni i innych zmian zapalnych w skórze jakoteż wspólnie ze znamionami i w miejscu długotrwałego drażnienia mechanicznego skóry (paski przepuklinowe) — wskazują na to, że nie daje się przeprowadzić ścisłe odgraniczenie bielactwa istotnego od następowej dyschromji. Znamienną cechą dla plam bielaczych jest przebarwiona obwódka w otoczeniu plam. Badanie histologiczne mało wyświetla istotę bielactwa. W ostatnich czasach coraz częściej słyszy się o kile, jako przyczynie bielactwa. Wymienia się kiłę okresu II i III a także wrodzoną. Autor podaje szereg hipotez tyczących się patogonezy bielactwa kiłowego, z których przeważna ilość przyjmuje działanie kiły pośrednie na układ nerwowy centralny.

Poza kiłą łączą bielactwo ze schorzeniami gruczołów dokrewnych zwłaszcza tarczycy. Wobec tak mało ustalonej patogonezy i etjologji bielactwa jest rzeczą zrozumiałą, jak znaczne trudności przedstawia leczenie tego schorzenia.

W przypadkach pewnej kiły należy stosować leczenie specyficzne, przedewszystkiem bismutowortęciowe. Stosowanie preparatów arsenowych, zwłaszcza arsenobenzoli daje niekiedy doskonałe wyniki, powinno być jednak ściśle kontrolowane ze względu na łatwość wywołania zmian barwikowych skóry.

W innych przypadkach radzi autor zawsze stosować preparaty gruczołowe, jednakże po uprzednim dokładnem zbadaniu funkcji endokrynów osobnika bielaczego.

Leczenie światłem daje wyniki wprost niepożądane, gdyż plamy bielacze pod wpływem światła łatwo zamieniają się w rumienie, potem łuszczą się a nigdy nie nabierają barwika, natomiast otaczająca skóra prawidłowa pod wpływem światła ciemnieje. Ten sam niepożądany wynik osiąga się po stosowaniu środków uczulających na światło, tak jak to niektórzy proponują (gonacrine). Większość lekarzy stosuje w celu złagodzenia kontrastów w zabarwieniu miejscowo maści chininowe.

Badanie jamy ustnej w przypadkach kiły wrodzonej. (Examen buccal et hérédosyphilis). M. H i s s a r d.

„Paris Médical", 1932, Nr. 10.

Dokładne badanie jamy ustnej daje nam często cenne wskazówki co do obecności kiły wrodzonej zwłaszcza w tych przypadkach, w których brak innych stygmatów i objawów pewnych dla kiły wrodzonej.

Dwuletnie swoje spostrzeżenia z ostatnich czasów podzielił autor na dwie grupy.

Pierwsza obejmowała tysiąc przypadków kiłowych, wśród których była niewątpliwie pewna ilość z kiłą wrodzoną, ilości tej jednak nie mógł autor ściśle określić z powodu pewnych objawów u samychże chorych lub z powodu niemożności stwierdzienia kiły u ich przodków.

Druga grupa — 68 przypadków obejmowała wszystkie dzieci rodzin kiłowych, spostrzegane przez autora.

Ś l u z ó w k i: pomijając takie objawy, jak kilaki i inne objawy kiły czynnej, zwraca autor uwagę na to, że bardzo rzadko można spostrzec ślady przebytej sprawy t. zw. glossitis sclero-gummosa, jeszcze rzadziej leukoplasję kiłową, którą bardzo łatwo pomylić z lichen ruber planus. Natomiast lingua scrotalis, jakkolwiek też nie jest objawem częstym, wskazuje z wielkim prawdopodobieństwem na obecność kiły wrodzonej.

W najświeższem zestawieniu *Du Bois* na 21 przypadków lingua scrotalis w 16 stwierdzono kiłę u rodziców lub dziadków. Inni wskazują na występowanie w przebiegu kiły wrodzonej pęknięć języka i glossitis exfoliativa marginata.

Nieprawidłowe ustawienie zgryzu (normalnie pierwsze zęby przedtrzonowe dolne powinny trafiać pomiędzy przedtrzonowe górne i kły) w kierunku ku przodowi lub ku tyłowi spotyka się często wśród innych nieprawidłowości w uzębieniu w przypadkach kiły wrodzonej. Mniej częste lecz b. znamienne dla kiły wrodzonej jest, zdaniem autora, nieprawidłowe wygięcie łuków uzębienia. Po zamknięciu szczęk pozostaje szpara najszersza pomiędzy siekaczami, stopniowo do boków zwężająca się. Dzieje się to skutkiem zaniku przedniego uzębienia. Autor powyższe zboczenie spostrzegał tylko w przypadkach kiły wrodzonej.

Zmiany w samem uzębieniu dzielą sie na dotyczące wielkiej ilości zębów i dotyczące tylko nielicznych zębów. Zmiany dotyczące licznych zębów są: opóźnienie w wykluwaniu się zębów, przedwczesna próchnica.

Co do zmian typu drugiego, to dotyczą one zwykle siekaczy, kłów i pierwszych zębów trzonowych. Oprócz zmian typowych dla zespołu Hutschinsona i zębów zbliżonych kształtem do śróbokrętu — zwraca autor uwagę na częste miseczkowate wgnioty tak na zewnętrznych jak i na wewnętrznych powierzchniach siekaczy, na możliwość istnienia wzgórka Carabellego nie tylko na zębach trzonowych ale i na siekaczach, na microdontismus wszystkich zębów a zwłaszcza siekaczy górnych bocznych.

Siekacze dolne mogą wykazywać wszystkie powyższe zmiany w stopniu znacznie mniejszym. Spotykamy także wielokształtność uzębienia t. zw. amorphismus dentium (zęby krzywe, skręcone, podobne do klawisza, do rogu).

Powyższe zmiany odnoszą się do uzębienia stałego. Co się tyczy uzębienia mlecznego, to w przypadkach kiły wrodzonej zdarza się zmniejszenie ich powierzchni żucia. Brzeg wolny zębów mlecznych tworzą niekiedy drobne wyniosłości umiejscowione na stożkowatej koronie zęba. Guzki Carabellego występują również i na zębach mlecznych.

Zęby zabardzo rozstawione lub ściśnięte, krzywo wyrastające, wyrastające nie w linji łuku zębowego, brak niektórych zębów (najczęściej górnych bocznych siekaczy lub siekaczy dolnych), pozostawanie na stałe pojedyńczych zębów mlecznych, wszystko to są zmiany spotykane bardzo często w przypadkach kiły wrodzonej, częściej naogół niż typowy zespół Hutschinsona, który na 54 przypadki obserwował autor tylko 3 razy, podczas gdy było 15% miseczkowatych wgniotów na siekaczach, 7% przypadków amorphismus dentium, 23% microdontismus, 9% braku jednego lub więcej zębów, 20% rozstawienia siekaczy górnych, dodatkowych guzków i krzywego wyrastania zębów.

Wszystkie nieprawidłowości uzębienia pochodzą albo od nieprawidłowego wapnienia albo od uszkodzenia zęba w zarodku, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że najczęściej dotknięte zęby (siekacze górne, kły i pierwsze trzonowe) kształtują swoje zarodki w ostatnich miesiącach życia płodowego lub w pierwszych miesiącach po urodzeniu, łatwo zrozumieć, że czynnik szkodliwy musi zadziałać na płód jeszcze w łonie matki — a czynnikiem tym najczęściej bywa kiła.

Przypadek nadmiernego rogowacenia kiłowego. (Hyperkératose syphilitique foliée du pli articulaire phalango-phalangien). G. M i l i a n.

„Paris Médical" Nr. 10, 1932.

U 52-letniego osobnika istnieje od 18 miesięcy w okolicy pierwszego stawu paliczkowego palca środkowego na dłoniowej powierzchni wykwit w postaci 3-ch wałów zrogowaciałych wysokości około 1½ centymetra, porozdzielanych głębokimi bruzdami. Kierunek wałów i bruzd odpowiada kierunkowi naturalnych fałdów skóry w tem miejscu. Podobny jeden nieco mniejszy wał zrogowaciały znajduje się u nasady 4-go palca tej samej ręki również po stronie dłoniowej. Chory nigdy nie był leczony z powodu kiły, o zakażeniu nic nie mówi. Odczyn Was. silnie dodatni. W przeciągu 2-ch miesięcy, po zastosowaniu leczenia bismutem (Quinby) — wykwit ustąpił.

Epidermolysis ichtyosiformis congenitalis. (Épidermolyse ichtyosiforme congénitale. Érythrodermie ichtyosiforme congénitale forme bulleuse de Brocq). S. L a p i è r e.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 5, 1932.

Do grupy wrodzonych schorzeń skóry należy t. zw. rybia łuska, której 2 postaci — pęcherzową i suchą — spostrzegał autor. Postać pęcherzowa: chora lat 21 pochodziła z rodziny nie wykazującej żadnej skłonności do nadmiernego rogowacenia skóry. Po urodzeniu skóra nie różniła się niczem od normalnej.

Podczas pierwszych kąpieli zauważono, że na grzbiecie skóra za potarciem łuszczy się (objaw Nikolsky'ego). W 3 dni potem na skórze pozornie zdrowej pojawiły się nagle duże napięte pęcherze, wypełnione płynem przezroczystym żółtawym. Pęcherze szybko znikły po zastosowaniu obojętnej zasypki.

W ciągu 3-ch lat podobne pęcherze pojawiały się kilkakrotnie i znikały bez śladu. Skóra pozostawała normalna. Od 3-ciego roku życia zauważono zwiększone rogowacenie naskórka, które, stopniowo nasilając się, dało około 17 roku życia obraz typowy dla rybiej łuski. W tym okresie pęcherze pojawiały się niekiedy lecz nigdy nie zajmowały całej skóry, bywały umiejscowione w pewnych okolicach ciała, bardziej płaskie, mniej napięte. Od 17 roku życia objawy nadmiernego rogowacenia poczęły cofać się, pęcherze nie pojawiały się już wcale. U chorej perjody wystąpiły w 12 r. życia, były przyśpieszone i długotrwałe. Wydzielanie potu nadmierne, łoju wzmożone. Stan obecny chorej wykazywał nadmierne rogowacenie skóry owłosionej głowy, okolicy brwi, wszystkich fałdów i załamków skóry, dłoni, podeszew i grzbietowych stron rąk i stóp. Dokładniejsze badanie wykazało szereg objawów, stanowiących zespół typowy dla niedomogi wydzielniczej tarczycy: brak zmiany tętna po uciśnięciu gałek ocznych, wybitna arytmia oddechowa, obniżenie podstawowej przemiany materji, ujemna leukoreakcja (Milian), po 1 mgrm. adrenaliny, obfite i długotrwałe wydzielanie potu i łoju po 2-ch mgrm. pilokarpiny, brak glykozurji alimentarnej po podaniu 50 gr. cukru, natomiast wystąpienie gdykozurji po zastosowaniu 1 mgrm. adrenaliny.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny lat 17. Po urodzeniu naskórek szaro-żółtawy złuszczał się dużemi płatami w ciągu pierwszych kilku dni. Po kilku tygodniach wystąpiły objawy nadmiernego rogowacenia, które mniej więcej do chwili obecnej utrzymują się w natężeniu jednakowem, będąc powodem dokuczliwego bardzo swędzenia w niektórych okolicach skóry.

Nadmierne rogowacenie występuje najsilniej na skórze owłosionej głowy, przegubach kończyn, na szyi, na dłoniach i podeszwach, tworząc zależnie od okolicy grube, szerokie łuski lub zrogowaciałe podłużne wały. Reszta skóry pokryta jest również naskórkiem nadmiernie zrogowaciałaym w postaci cieńszych łusek. Wydzialanie potu i łoju normalne.

2 powyższe przypadki zasługują na uwagę ze względu na wczesne wystąpienie zmian, na nietypowe umiejscowienie najsilniej wyrażonych zmian, na zachowanie normalnych funkcji gruczołów potnych i łojowych, w końcu ze względu na normalną a nawet wzmożoną czynność gruczołów płciowych. 2 te przypadki ilustrują pod względem klinicznym 2 odrębne typy rybiej łuski, typy, które nie wykazują nigdy form mięszanych i przejściowych między sobą.

Odrębność ta istnieje także pod względem histologicznym, co wykazał autor po wykonaniu badania skrawków.

Szereg autorów uważa rybią łuskę za schorzenie dziedziczne, wielu znajduje u przodków kiłę. Zdaniem autora prawdopodobnem jest, że w łonie matki jeszcze jakiś bliżej nieznany czynnik powoduje uszkodzenie endokrinów. Bardzo często znajduje się objawy niedomogi tarczycowej i leczenie przetworami tarczycy jest jedynem uzasadnionem leczeniem dla tego schorzenia.

Grupy krwi w dermatologji. (Les groupes sanguins en dermatologie). G. J. Landa i M. M. Israelsohn.
Annales de Derm. et de Syphil. Nr. 5, 1932.

Zestawienie grup krwi w szeregu przypadków różnych schorzeń skórnych wykazało częstość występowania pewnych grup w niektórych schorzeniach. Np. znaczny procent grupy AB znajdował autor u cierpiących na łuszczycę, przeciwnie w przypadkach neurodermitis nie znajdował wcale grupy AB. w przypadkach wyprysku tylko znikome ilości, w tych natomiast schorzeniach często spotykał grupę B. Zestawienie nie upoważnia autora do wyciągania jakichkolwiek wniosków, powinno być jednak zachętą do dalszych szerszych badań.

Leczenie choroby Nicolas-Favre'a dogruczołowymi wstrzykiwaniami gliceryny. (Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glycérine). M. Pinard i P. Robert.
Annales des Malad. Véner. Nr. 1, 1932.

Levaditi, Ravaut i inni wykazali, że in vitro czynne zarazki choroby N.-F. traciły gwałtownie swoją zjadliwość po dodaniu gliceryny; tem doświadczeniem kierując się wstrzykiwał autor w schorzałe gruczoły, po uprzedniem opróżnieniu ich z ropy czystą gliceryną wyjałowioną. Ten sposób leczenia łatwy dawał dobre wyniki, szybsze niż inne sposoby leczenia tego schorzenia.

Kiłowe zaburzenia psychiczne. (Les troubles mentaux des syphilitiques). J. Levy-Valensi.
Bullet. Médic. Nr. 3, 1932.

Autor podkreśla duże znaczenie badania niekiłowych psychopatów w kierunku zakażenia kiłą i częste występowanie u kiłowych zaburzeń psychicznych, nie mających żadnych cech charakterystycznych dla kiły. Pomijając paralysis progressiva wykazuje autor, że zaburzenia psychiczne u kiłowych nie mają żadnych cech swoistych dla tej etjologji. Kiła wrodzona lub nabyta może spowodować 3 rodzaje zaburzeń psychicznych: 1) działając tak jak każda choroba zakaźna może wywołać pewne nieznaczne zaburzenia psychiczne (confusion mentale); 2) jako schorzenie niszczące tkankę mózgową może spowodować dementio lub idiotismus; 3) w końcu może być chorobą ujawniającą szereg psychoz dających się ściśle określić (manja prześladowcza, melancholja i t. d.).

Leczenie gorączkowe i chemiczne kiły pierwszego i drugiego okresu. (Pyréto-et chimiothérapie dans la syphilis primaire et secondaire). Ch. Richet, F. Joly.
Bullet et Mém. de la Société Médic. des Hôpit. de Paris, Nr. 2, 1932.

Zachęceni dobrymi wynikami Pasiniego — autorzy zastosowali leczenie gorączkowe (niemalaryczne) i równocześnie chemiczne w przypadkach kiły świeżej. Stosowano domięśniowo lub podskórnie propidon, szczepionkę przeciwwiewiórową, mleko, T. A. B a najczęściej Dmelcos dożylnie. Atak gorączki wywoływano w dniu wstrzyknięcia novoarsenobenzolu, dzień przedtem stosowano wstrzyknięcie bismutu. Ujemną stroną tego leczenia jest konieczność przebywania chorych w szpitalu, dodatnią — zwiększenie czynności leków chemicznych, co objawia się częstszym i szybszym przechodzeniem odczynu Wassermana w ujemny.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

W różnych cierpieniach przewlekłych kątnicy, wyrostka robaczkowego, okrężnicy i ograniczonych przewlekłych zapaleniach otrzewnej bardzo dobre wyniki lecznicze daje stosowanie przegrzewania (diatermji). Wybitna poprawa stanów powyższych (wobec których medycyna jest niejednokrotnie bezsilną) dotyczy nietylko objawów bólowych, ale i całokształtu zaburzeń czynnościowych odnośnych narządów. Szczególnie pomyślne wyniki osiągnięto na tej drodze w stanach spastycznych kiszki grubej i w towarzyszących im zaparciach nawykowych.
(Timbal — La Presse Méd. Nr. 33, 1932).

Alajouanine i Horowitz w ciągu ostatnich 3 lat stosowali w celach leczniczych u chorych na kryzy żołądkowe w przebiegu wiądu rdzenia wstrzykiwania dożylne atropiny (atropinum sulfuricum) 0,001 — 0,003 na dawkę zależnie od nasilenia objawów chorobowych, przyczem dawkę tę powtarzali parokrotnie w miarę potrzeby. Chorzy znosili te wstrzykiwania naogół dobrze, a wyniki osiągnięte były bardzo zachęcające, gdyż na 30 leczonych w ten sposób chorych — u 28 objawy kryzy żołądkowej ustąpiły w krótkim czasie zupełnie i trwale.

(Paris Méd. Nr. 6, 1831).

M.

BIBLJOGRAFJA

La pratique médicale illustrée. L'acrodynie infantile. Ch. Rocaz. G. Doin. 96 str. Cena 25 fr. fr.

Wielokrotnie omawiane tu wydawnictwo „La pratique médicale illustrée" znowu wzbogaciło się dwoma nowemi zeszytami. Pierwszy z nich poświęcony jest mało znanej naogół a jednak jakoby coraz częściej napotykanej jednostce chorobowej — akrodynji dziecięcej. Sprawa ta, którą anglik Bilderback obrazowo sprowadził do 6 P: Pain (ból), Pink (zaróżowienie), Pelling (łuszczenie), Perspiracja, Parestezja, Prostracja niewątpliwie znacznie częściej bywa napotykana, aniżeli to się powszech-

nie przypuszcza, zwłaszcza w swych postaciach poronnych. Dlatego też bardzo cenne jest należyte uwzględnienie przez autora właśnie tych postaci poronnych. Podobnie jak i inne monografje tego wydawnictwa dziełko to na przestrzeni niewielu stronic daje wyczerpujący obraz całokształtu choroby, etjologji, rozpoznania, rokowania i leczenia. Niezły dobór ilustracji i zestawienie dość obszerne piśmiennictwa uzupełniają jeszcze bardziej wartość dziełka.

E. Papin. Diagnostic de la tuberculose renale. 80 str. Cena 22 fr. fr.

Gruźlica nerek niestety wciąż jest tematem interesującym nietylko specjalistów — chirurgów, urologów ale i lekarza praktyka, gdyż właśnie on widzi wczesne okresy i na niego spada ciężka odpowiedzialność rozpoznania sprawy, być może znajdującej się jeszcze w postaci mało charakterystycznej. Wobec tego monografja powyższa zasługuje na szerokie rozpowszechnienie — daje ona w postaci przystępnej, przejrzystej i nieobarczonej zbędnemi szczegółami wszystko, co przy dzisiejszym stanie nauki można powiedzieć o gruźlicy nerek. Dziełko powyższe, w dodatku nadzwyczaj tanie i wcale ładnie ilustrowane, powinno znaleźć się w ręku każdego praktyka.

M. Loeper. L. Bory. Le soufre en biologie et en therapeutique. G. Doin. 342 str. Cena 65 fr. fr.

Siarka, ten stały składnik ustroju ludzkiego jest od wieków używana w lecznictwie, zwłaszcza chorób skórnych i cierpień stawowych. Działo się to jednakże empirycznie, bez zrozumienia głębszego roli i znaczenia siarki w biologji wogóle. Dzieło Loepera i Bory wyświetla właśnie tą rolę na podstawie najnowszych zdobyczy wiedzy. Zaciekawi ono niejednego lekarza zwłaszcza interesującego się bliżej ogólnemi problemami biologicznemi a jest wręcz nieodzowną dla klinicysty zamierzającego zaznajomić się z coraz więcej obecnie stosowaną terapją siarkową. Balneolog stosujący wody siarczane znajdzie również w niej wiele rzeczy interesujących i cennych.

M. Labbé, H. Labbé & F. Nepveux. Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition. Masson & Cie. 1932. 886 stron. Cena 140 fr. fr.

Dzieło wspólne klinicysty i chemików daje wiele więcej, niż możnaby oczekiwać z tytułu. Nie jest to bowiem technika odnośnych badań, lecz znajdziemy obok tej nadzwyczaj szczegółowo opracowanej techniki laboratoryjnej jeszcze i szereg rozdziałów z chemji lekarskiej i fizjologji dotyczących przemiany materji, następnie zespoły patologiczne żołądka, jelit, trzustki, wątroby, nerek i t. d. W ten sposób dzieło powyższe nie tylko wprowadza w zakres dokładniejszego poznania chemizmu ustroju i badań tego chemizmu, ale jest poniekąd i zobrazowaniem klinicznem odpowiednich spraw chorobowych oczywiście z przeważnem uwzględnieniem chemicznego punktu patrzenia. Dla klinicysty wręcz niezastąpione jest ono dla lekarza praktyka nieco za obszerne.

A. Charrier & E. Loubat. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Masson et Cie. 366 str. Cena 65 fr. fr.

Wraz z coraz szerszem stosowaniem odmy i inne zabiegi chirurgiczne dążące do ucisku chorego płuca znajdują coraz to większe zastosowanie. Każdy chirurg wykonywujący terapję uciskową powita z wielką radością książkę powyższą jednoczącą w sobie zespół zabiegów znajdujących tu swe zastosowanie. Ale należałoby życzyć aby również jaknajwięcej internistów a zwłaszcza fizjologów z nią się zaznajomiło, bo wpłynęłoby to niewątpliwie na rozpowszechnienie większe leczenia operacyjnego gruźlicy płucnej, u nas w porównaniu z Zachodem zaniedbywanego i niedocenianego.

KRONIKA

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKKI, w VICHY 19 — 22 WRZEŚNIA 1932 R. WYŁĄCZNY TEMAT: KAMICA ŻÓŁCIOWA.

Dyrekcja Kolei Francuskich przyznały członkom Kongresu zniżkę w wysokości 50% — w formie biletów indywidualnych.

Ważność tych biletów, która ustalona została początkowo na 15 dni, przedłużona została do 1 miesiąca t. j. od 1 do 30 września; ma to na celu umożliwienie lekarzom, biorącym udział w Kongresie, zwłaszcza zaś lekarzom cudzoziemcom przedłużenia swego pobytu we Francji.

Bilety ważne będą od granicy francuskiej do VICHY, i od VICHY do stacji pogranicznej, z możliwością przejazdu przez Paryż.

Zapisy i wpłaty kierować należy do Dr. J. Aimard Sekretarza Kongresu, (Sécretaire Général du Congrès International de la Lithiase Biliare) Paryż, 24 Bd. des Capucines.

Wszelkie informacje w kraju udziela Przewodniczący Komitetu Polskiego Prof. Dr. L. Karwacki, Warszawa, Koszykowa 45.

Wpisowe wynosi Fr. fr. 50 dla członków rzeczywistych (wraz ze Sprawozdaniem drukowanem), oraz Fr. fr. 25 dla osób towarzyszących.

Ostateczny termin zapisów upływa w dniu 1 sierpnia 1932 r.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji Warszawa, Tucholska 10. Tel. 11-30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.